



CURSO DE MEDICINA

AMANDA DOS SANTOS DE ALMEIDA

DOR DO LACTENTE: PERCEPÇÃO DOS PEDIATRAS

SALVADOR – BA

2024

AMANDA DOS SANTOS DE ALMEIDA

DOR DO LACTENTE: PERCEPÇÃO DOS PEDIATRAS

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao curso de graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, para aprovação parcial no 4º ano do curso de Medicina.

Orientador: Maria Thais de Andrade Calasans.

Salvador – BA

2024

AGRADECIMENTOS

A Deus e meus Orixás, forças que me guiam e protegem.

A minha mãe, meu amor, Adriana Martins, por acreditar mais em mim do que eu mesma e apoiar meus sonhos.

A minha bisavó, Valdete Carqueija, minha base.

A meus avós, Maria Auxiliadora e José Braga, por todo amor e dedicação.

A minha madrinha, Ângela Andrade, por todo o cuidado e carinho.

A minha querida orientadora, Thais Calasans, por todo o acolhimento e ensinamentos passados nesse percurso.

No terceiro ano do curso, mais especificamente quando iniciei este estudo, estava no momento mais desafiador da minha vida, visto que havia recém-descoberto um câncer de mama e estava em tratamento com quimioterapia. Tenho muito orgulho da força que tive, e tenho, para enfrentar todos os momentos de angústia e vulnerabilidade que esse novo capítulo da minha vida me trouxe. Não trilhei essa caminhada sozinha, agradeço imensamente a toda minha família, amigos e namorado por todo o carinho que me fortalece todos os dias.

RESUMO

Introdução: A Academia Americana de Pediatria (AAP) e a Sociedade Americana da Dor (APS) ressaltam a importância de os pediatras assumirem um papel de liderança e defesa para garantir o competente tratamento da dor e alívio do sofrimento em bebês, crianças e adolescentes. A dor do lactente consiste em um dos principais desafios para os cuidadores infantis, cabendo aos pediatras orientar as famílias quanto ao seu manejo no ambiente domiciliar. **Objetivo:** Analisar a percepção dos pediatras sobre a dor do lactente. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa. Os dados foram coletados através de entrevistas com sete pediatras, recrutados através da estratégia de bola de neve (*snowball*). A análise dos dados foi realizada através da análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** Foram levantadas 7 categorias: dores prevalentes na faixa etária de crianças entre 0 a 2 anos de idade; manifestações de dor pelo lactente; dificuldades enfrentadas pelos cuidadores para identificar a dor no lactente; orientação dos pediatras quanto à identificação da dor no lactente pelos cuidadores; orientação dos pediatras quanto ao manejo da dor no lactente pelos cuidadores; influência do contexto familiar no quadro de dor do lactente; e a percepção dos pediatras quanto ao sentimento dos cuidadores em relação a dor do lactente. Foram encontrados a dor abdominal e a otalgia são as dores mais prevalentes no lactente, sendo a manifestação da dor através de um conjunto de alterações comportamentais e fisiológicas. Encontrou-se percepções distintas sobre orientar ou não o cuidador a como identificar a dor no lactente, sendo que os cuidadores apresentam dificuldade nessa identificação principalmente quando existe pouca experiência parenteral. Quanto a orientação de como os cuidadores devem manejar a dor no lactente a principal é a de não utilizar fármacos em excesso e utilizar de medidas não farmacológicas. O contexto familiar apresenta forte influência no quadro de dor da criança e os cuidadores se sentem ansiosos frente a um filho com dor e desenvolvem, até mesmo, um sentimento de culpa quando não conseguem melhorar a dor da criança. **Considerações finais:** os pediatras possuem a percepção de que os fatores intrínsecos ao cuidador e ao ambiente em que a criança se encontra são fundamentais para a adesão dos cuidadores quanto a orientação de como manejar a dor no lactente.

Palavras-Chave: Dor. Lactente. Família. Pediatras.

ABSTRACT

Introduction: The American Academy of Pediatrics (AAP) and the American Pain Society (APS) emphasize the importance of pediatricians taking a leadership and advocacy role to ensure competent pain management and distress relief in infants, children, and adolescents. Infant pain is one of the main challenges for child caregivers, and pediatricians are responsible for guiding families on how to manage it in the home environment. **Objective:** To analyze the perception of pediatricians about infant pain. **Methodology:** This is a descriptive and exploratory study, with a qualitative approach. Data were collected through interviews with seven pediatricians, recruited through the snowball strategy. Data analysis was performed using Birdin's content analysis. **Results:** 7 categories were raised: prevalent pain in the age group of children between 0 and 2 years of age; manifestations of pain by the infant; difficulties faced by caregivers to identify pain in infants; guidance of pediatricians regarding the identification of pain in infants by caregivers; guidance of pediatricians regarding the management of pain in infants by caregivers; influence of the family context on the infant's pain condition; and the perception of pediatricians regarding the caregivers' feelings regarding the infant's pain. Abdominal pain and otalgia were found to be the most prevalent pains in infants, and pain manifests through a set of behavioral and physiological changes. Different perceptions were found about whether or not to guide the caregiver on how to identify pain in infants, and caregivers have difficulty in this identification, especially when there is little parenteral experience. As for the guidance on how caregivers should manage pain in infants, the main one is not to use drugs in excess and to use non-pharmacological measures. The family context has a strong influence on the child's pain and caregivers feel anxious about a child in pain and even develop a feeling of guilt when they are unable to improve the child's pain. **Final considerations:** pediatricians have the perception that the factors intrinsic to the caregiver and the environment in which the child is found are fundamental for the adherence of caregivers regarding guidance on how to manage pain in infants.

Key-words: Pain. Infant. Family. Pediatricians.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	7
2	OBJETIVO.....	10
2.1	Objetivo geral.....	10
3	REVISÃO DA LITERATURA.....	11
4	METODOLOGIA.....	20
4.1	Desenho de estudo.....	20
4.2	Período do estudo.....	20
4.3	População e amostra do estudo.....	20
4.4	Critérios de inclusão.....	20
4.5	Procedimento de coleta de dados.....	20
4.6	Análise de dados.....	21
4.7	Aspectos éticos.....	21
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	22
5.1	Dores prevalentes na faixa etária de crianças entre 0 e 2 anos de idade....	22
5.2	Manifestações de dor pelos lactentes.....	25
5.3	Dificuldades enfrentadas pelos cuidadores para identificar a dor no lactente.....	27
5.4	Orientações dos pediatras quanto à identificação da dor no lactente pelos cuidadores.....	30
5.5	Orientação dos pediatras quanto ao manejo da dor no lactente pela família	33
5.6	Influência do contexto familiar no quadro de dor do lactente.....	39
5.7	Percepção dos pediatras quanto ao sentimento dos cuidadores em relação a dor do lactente.....	42
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
	REFERÊNCIAS.....	47
	APÊNCICE A - ROTEIRO DA ENTREVISTA.....	51
	ANEXO A - Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research.....	52

ANEXO B- PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP	53
---	-----------

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Associação Internacional para a Dor (IASP, do inglês *International Association for the Study of Pain*), a definição de dor tem como conceito “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial”³. A dor pode ser classificada em: nociceptiva, dor aguda que pode ser causada por corte e trauma; neuropática, dor crônica, provocada por alguma lesão do sistema nervoso, podendo causar sensação de formigamento, por exemplo; e psicogênica, dor relacionada ao estado emocional, como enxaquecas, epigastralgia e contraturas musculares⁴.

Nas últimas décadas, observou-se um aumento nos estudos a respeito da dor em neonatos e lactentes. Em 2015, o departamento de neurociências e de pediatria da Universidade de Oxford, através de um estudo utilizando imagens de ressonância magnética, revelaram que 18 das 20 regiões cerebrais ativadas durante a experiência da dor em adultos também estavam ativas em recém-nascidos, evidenciando que essas duas faixas etárias experienciam a dor de maneira semelhante⁵. Nessa fase do desenvolvimento, as alterações fisiológicas e comportamentais da dor incluem variações nos sinais vitais, sudorese, expressões faciais, excitação e choro. Entretanto, diferentemente dos adultos, em que a dor pode ser lembrada como uma memória emocionalmente desagradável, a memória dolorosa em neonatos e recém-nascidos pode ser identificada pela persistência de respostas fisiológicas e comportamentais semelhantes à primeira experiência dolorosa⁶.

A dor do lactente consiste em um dos principais desafios para os cuidadores infantis. É importante atentar para o fato de que uma rede de apoio e recursos escassos torna esse desafio ainda maior. Muitos pais, especialmente as mães (principais cuidadores), frente à dificuldade do manejo da dor, relatam sentimento de inadequação, incapacidade, ansiedade, procura constante por outros métodos de controle, como os fitoterápicos, e ações com base na tentativa e erro, uma vez que há sensação de desconfiança frente às diferentes orientações dos pediatras a cada consulta, dificultando o processo de cuidar⁷. Em contrapartida, entre os principais fatores que influenciam em um melhor manejo da dor pelos cuidadores são, em primeiro lugar, a importância dada pelos pais ao envolvimento parenteral, uma rede de apoio sólida,

comunicação direta e adequada por parte dos pediatras e a disponibilidade de informações como: o que causa a dor, como os bebês a sentem, como reconhecer os sinais de dor, quais formas de prevenção e tratamento disponíveis e o que fazer para confortar seus bebês nesses momentos⁸.

De acordo com a Academia Americana de Pediatria (AAP) e a Sociedade Americana de Dor (APS) é de responsabilidade dos pediatras assumirem um papel de liderança e defesa que garanta o tratamento humano e competente da dor e sofrimento de todos os bebês, crianças e adolescentes⁹. Déficits na avaliação e cuidado da dor impactam diretamente na orientação dos cuidadores para o manejo correto, levando também a prejuízos na qualidade de vida familiar e efeitos a longo prazo, como uma função imunológica e neurofisiológica prejudicada. Entre os desafios para a avaliação e tratamento da dor pediátrica estão a hesitação do uso de fármacos e efeitos adversos de analgésicos, educação profissional precária quanto a avaliação e tratamento da dor, concepções equivocadas sobre a qualidade dos cuidados de conforto, além da ausência de uma equipe multidisciplinar¹.

Na pediatria, a identificação, avaliação e alívio da dor são processos dinâmicos e interdependentes¹⁰. Nesse contexto, pelo fato de os pacientes apresentarem dificuldade em definir o local e intensidade da dor, deve-se ser considerada a agitação, expressão facial, frequência cardíaca, respiratória e outras alterações fisiológicas. As escalas disponíveis para avaliação comportamental do paciente são, principalmente, as *Children's and Infant's Postoperative Pain Scale* (CHIPPS) e *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS), que permitem ao pediatra realizar um plano individual de orientação para manejo da dor pelos cuidadores⁴.

O objetivo principal desse manejo é a utilização de intervenções que minimizem a intensidade e duração da dor. Embora seja difícil eliminá-la por completo, muito pode ser feito através de medidas farmacológicas e não farmacológicas². Entre as orientações fornecidas para o manejo da dor do lactente estão: amamentação direta ou, quando não for possível, alimentação com leite materno ordenhado, contato pele a pele entre o bebê e seu principal cuidador (na maioria das vezes a mãe), técnica de contenção física, estimulação oral através da sucção da chupeta (sucção não nutritiva)

e intervenções combinadas, por exemplo, concentração de sacarose, uma estratégia farmacológica, junto a sucção não nutritiva¹¹.

Apesar da existência de escalas que auxiliam os pediatras e outros profissionais da área da saúde a realizarem a avaliação da dor do lactente, ainda existe um déficit no conhecimento sobre o manejo dessa dor. A avaliação e o alívio da dor são processos que necessitam de competência e formação de estratégias juntamente com a família para a promoção de cuidados eficazes e personalizados¹. Apesar da importância desse trabalho conjunto, não foram encontrados estudos suficientes para analisar a maneira como os pediatras estão orientando os cuidadores quanto ao manejo da dor de seus filhos, condição indispensável para otimizar o manejo e saída do lactente dessa situação de sofrimento.

O comportamento dos pais possui grande impacto sobre o alívio da dor do lactente. Estudos evidenciaram que pais com pensamentos trágicos com relação à dor de seus filhos apresentam mais sentimentos de angústia e, conseqüentemente, comportamentos que podem não contribuir para o manejo correto, podendo, em alguns casos, piorar a condição de dor¹². Portanto, compreender e analisar como os pediatras orientam a família no manejo da dor do lactente é fundamental tanto para fomentar a criação desse tipo de estudo, quanto para aprimorar a tomada de decisão desses profissionais sobre a melhor forma de orientar os cuidadores no manejo dessa dor.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo geral

Analisar a percepção dos pediatras sobre a dor do lactente.

2.2 Objetivos específicos

- a) Descrever como os pediatras realizam a orientação do manejo da dor em lactentes durante as consultas médicas.
- b) Descrever a percepção dos pediatras quanto a adesão das orientações do manejo da dor pelos cuidadores.
- c) Identificar facilidades e dificuldades frente a orientação do manejo da dor em lactentes pelos seus cuidadores.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Definição de dor

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), em 2020, apresenta uma definição revisada do conceito de dor como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial”.

São apresentadas seis notas complementares que incluem a etimologia: 1) A dor é sempre uma experiência pessoal que é influenciada, em graus variáveis, por fatores biológicos, psicológicos e sociais; 2) Dor e nocicepção são fenômenos diferentes. A dor não pode ser determinada exclusivamente pela atividade dos neurônios sensitivos; 3) Através das suas experiências de vida, as pessoas aprendem o conceito de dor; 4) O relato de uma pessoa sobre uma experiência de dor deve ser respeitado; 5) Embora a dor geralmente cumpra um papel adaptativo, ela pode ter efeitos adversos na função e no bem-estar social e psicológico; 6) A descrição verbal é apenas um dos vários comportamentos para expressar a dor, a incapacidade de comunicação não invalida a possibilidade de um ser humano ou um animal sentir dor.

Assim, através da nova definição do conceito de dor é abrangido as mais variadas experiências de dor, válida tanto para dor crônica como aguda, respeitando sua diversidade e complexidade, formulada pela perspectiva da pessoa que sente a dor³.

Dor no lactente

Os nociceptores, terminações nervosas que sinalizam a dor, consiste na primeira etapa para o processo de experiência da dor. Na presença de um estímulo doloroso, as células liberam substâncias químicas sinalizadoras da dor ao redor dos nociceptores. Um nociceptor, na presença de um estímulo doloroso, transforma o sinal doloroso em impulso que se propaga através de neurônios até o corno dorsal, local onde as informações sensoriais são recebidas. Nesse ponto, o impulso segue por dois caminhos: um impulso atinge o tálamo e o outro retorna ao local inicial da dor para promover uma reação reflexiva⁵.

Já é do conhecimento que os estágios da dor nociceptiva se tornam completos em momentos diferentes do desenvolvimento. Por volta das 20 semanas de gestação, o desenvolvimento nociceptivo é completo ao redor dos revestimentos corporais e extremidades. O trajeto entre os nociceptores e o corno dorsal apresenta início na 13ª semana de gestação e é funcional a partir da 30ª semana. Com a formação desse trajeto é dada ao feto a capacidade de reflexo aos estímulos dolorosos, mas não a capacidade cognitiva de processar informações sobre a dor ou sua origem. Outro importante componente no trajeto da dor é a bainha de mielina, um isolante elétrico que aumenta a velocidade de transmissão do sistema nervoso periférico para o central. A mielinização é completa até a 37ª semana de gestação e apresenta papel importante na modulação da dor, fundamental no manejo da dor. As vias de sinalização descendentes projetam-se para o corno dorsal, onde acredita-se que a transmissão da dor seja interrompida através da liberação de opioides endógenos ou pela ativação das vias inibitórias. Nesse contexto, eventos dolorosos não aliviados e repetitivos podem resultar em efeitos fisiológicos adversos em diversos sistemas orgânicos, incluindo a estrutura cerebral, podendo apresentar efeitos fatais ou cumulativos a longo prazo, como um desenvolvimento neurocomportamental alterado⁵.

Apesar de eventos repetitivos de dor resultar em efeitos adversos a longo prazo, a dor em recém-nascidos não é lembrada como uma memória emocionalmente desagradável como ocorre em adultos. A memória dolorosa em neonatos e recém-nascidos é identificada pela persistência das respostas fisiológicas e comportamentais em situações semelhantes à experiência dolorosa inicial. Além disso, a longo prazo é visto o aumento da prevalência de dor crônica em recém-nascidos expostos a estímulos dolorosos em fases iniciais do período pós-natal, fenômeno explicado pela formação da memória neuronal devido a sensibilização precoce à dor. Em decorrência do processo de dor, as alterações fisiológicas e comportamentais em recém-nascidos incluem alterações nos sinais vitais, sudorese, expressões faciais, excitação e choro. Também pode ocorrer alterações hormonais, incluindo liberação de catecolaminas, hormônio do crescimento, cortisol, glucagon e supressão de insulina, uma vez que a dor é vista como um processo catabólico em prematuros e recém-nascidos⁶.

Papel dos cuidadores no manejo da dor do lactente

A dor no lactente é uma situação comum na pediatria e um grande desafio para os cuidadores, especialmente se os recursos e sistemas de apoio forem mínimos, o que pode levar, inclusive, a uma negligência do cuidado com a criança⁷. Os pais não são necessários apenas para atender as necessidades básicas do bebê, como alimentação e proteção, mas também para promover necessidades de ordem superior, como o manejo de emoções, o que demonstra que o desenvolvimento saudável dos lactentes tem como alicerce o papel e a ação que desempenham seus cuidadores. Em uma situação de dor, por não conseguirem se expressar verbalmente, é extremamente necessário a sensibilidade, rápida identificação e urgência no manejo, evidenciando a completa dependência que essa faixa etária apresenta e o papel significativo dos cuidadores nesse processo¹³.

Já é do conhecimento que variáveis exclusivas do indivíduo, como intencionalidade, experiências de dor e julgamento interpessoal, moderam tanto a experiência da dor, como também a ação de um observador em relação a outra pessoa com dor, o que torna relevante o impacto das influências idiossincráticas na avaliação da dor infantil, visto que diferentes cuidadores carregam diferentes crenças e experiências para o contexto do julgamento. Após o recém-nascido ser exposto a um evento doloroso é desencadeada a experiência da dor, que é traduzida por eventos fisiológicos, mas sobretudo por expressões comportamentais. Assim, devido à ausência da verbalização, a avaliação da dor sempre será relegada a relatos substitutos da experiência subjetiva do lactente e será fortemente influenciada pela idiossincrasia do cuidador¹³.

A dor do lactente é angustiante para os pais por diversas razões, entre as quais se destacam o sentimento de não estar preparado para assistirem seus filhos em angústia e a sensação de impotência em confortar e proteger o bebê da dor. O alívio dessa angústia acontece quando os pais recebem informações sobre a dor do bebê, bem como quando obtém apoio e encorajamento para se envolver no processo de cuidado e conforto de seus filhos⁸. Muitos pais, especialmente as mães (na maioria dos casos, as principais cuidadoras), não se encontram mentalmente preparados para lidar com o manejo da dor de seus filhos, o que leva a situações de estresse e ansiedade e aponta para a importância de uma correta orientação e apoio psicológico nesse processo. É constatado que a capacidade de responder às necessidades da

criança depende da autoestima da mãe em seu novo papel, além da crença em sua capacidade de manejar a situação. Nesse sentido, a ausência da crença na autoeficácia, leva os cuidadores a não vivenciarem o cuidado do filho como um evento positivo, o que torna essencial o fornecimento de orientações precisas para reduzir as incertezas e direcionar os cuidadores durante os episódios de dor⁷.

Papel dos pediatras no manejo da dor do lactente

A Academia Americana de Pediatria (AAP) e a Sociedade Americana da Dor (APS) ressaltam a importância de os pediatras assumirem um papel de liderança e defesa para garantir o competente tratamento da dor e alívio do sofrimento em bebês, crianças e adolescentes. A dor apresenta componentes sensoriais, emocionais, cognitivos e comportamentais que se encontram inter-relacionados com fatores ambientais, de desenvolvimento, socioculturais e contextuais, e é obrigação de todos os médicos da atenção primária, pediatras, cirurgiões pediátricos e subespecialistas pediátricos reconhecer e abordar todos os tipos de dor, incluindo a dor aguda, crônica, recorrente, relacionada à procedimentos ou associada à doença terminal⁹.

Entre as barreiras para o tratamento da dor infantil incluem: o mito de que crianças, especialmente os bebês, não sentem a dor como os adultos ou, se o fazem, não apresentam sensações desagradáveis; falta de avaliação e reavaliação da presença de dor; incompreensão de como conceituar e quantificar uma experiência subjetiva; desconhecimento no tratamento da dor e medo dos efeitos adversos dos analgésicos, como depressão respiratória ou dependência⁹. O manejo insuficiente da dor pode ser extremamente prejudicial tanto psicologicamente quanto fisiologicamente, além de levar ao comprometimento do funcionamento familiar e diminuição da qualidade de vida da família¹. A dor quando não aliviada e mal administrada pode levar futuramente à uma hipersensibilidade à dor, alterações no sono, padrões nutricionais, bem como contribuir para um processo de dor crônica na idade adulta. Por outro lado, verificou-se que o tratamento eficaz da dor reduz o tempo de internação, promove uma melhor recuperação, reduz o sofrimento, a ansiedade, custos associados aos cuidados com a saúde e levam a percepções e experiências positivas sobre o alívio da dor¹⁴.

Para o tratamento adequado da dor, a avaliação contínua da presença, sua gravidade e a resposta da criança ao tratamento são essenciais. Para isso, instrumentos de avaliação são disponíveis tanto para neonatos quanto para adolescentes. A dor pode ser avaliada por autorrelato, observação comportamental ou medidas fisiológicas a depender da idade da criança e de sua capacidade de comunicação. O cuidado pediátrico integral considera, portanto, todos os aspectos do sofrimento e deve abordar esses aspectos de forma compassiva, eficaz e multidimensional⁹.

Avaliação da dor no lactente

A maioria das diretrizes nacionais e internacionais sobre o manejo da dor declara que a avaliação da dor é essencial para alcançar o controle ideal da dor. Isso é justificado para identificar situações em que os bebês sentem dor que devem ser tratadas e evitar o sub ou super tratamento analgésico. Uma boa ferramenta de avaliação da dor deve detectar todas as situações dolorosas, discriminar dor de situações não dolorosas, fornece os mesmos resultados quando utilizadas repetidamente e estabelecer se a intervenção para alívio foi eficaz. A escolha da ferramenta de avaliação da dor depende da finalidade, idade da população e o tipo da dor que está sendo avaliada¹¹.

As escalas são instrumentos que favorecem o processo de avaliação da dor, disponíveis desde o final da década de 1980. Apesar disso, não há um instrumento utilizado para aplicação em todas as faixas etárias. Em neonatos, por exemplo, a observação das expressões faciais é considerada um dos principais métodos de avaliação da dor¹⁰. Além do uso de escalas, a avaliação da dor também deve incluir o processo de sensibilização dos profissionais para minimizar as falhas na ação, resultando em um melhor atendimento⁴.

Em recém-nascidos e lactentes, as escalas de avaliação da dor devem ser capazes de detectar a dor, localizá-la e quantificá-la¹⁵. Os indicadores de dor podem ser comportamentais, incluindo relato verbal, atividade facial, movimentos do corpo, choro e indicadores fisiológicos como cortisol salivar, frequência cardíaca e saturação de oxigênio. Na avaliação da dor são envolvidas algumas dimensões: qualidade sensorial (intensidade, localização e duração), qualidade afetiva (descritores relacionados aos sentimentos emocionais negativos associados à dor) e avaliativa (descritores que expressam a experiência dolorosa). Em contrapartida, a mensuração da dor refere-se

a instrumentos e medidas (entrevistas, questionários, escalas e esquemas de observação sistemática), onde é levado em conta os parâmetros psicométricos dos instrumentos utilizados, que incluem: validade (*validity*), sensibilidade e especificidade (*sensitivity/specificity*), fidedignidade (*reliability*), responsividade (*responsiveness for changes*) e aplicabilidade clínica (*clinical feasibility*)¹⁶.

Na avaliação de dor em neonatos a termo ou pré-termo é realizada principalmente por meio de instrumentos observacionais, incluindo sistemas de codificação de comportamentos específicos. Os instrumentos recomendados para avaliação de dor nessa faixa etária são o *Neonatal Facial Coding System* (NFCS), *Premature Infant Pain Profile* (PIPP) e o *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS)¹⁹. O *Neonatal Facial Coding System* (NFCS) é uma escala originalmente validada com dez itens de expressão facial para dor aguda em recém-nascidos pré-termo e a termo e em lactentes com até 18 meses de idade, sendo simplificada para apenas quatro itens de expressão facial que incluem: abaulamento de sobrancelha, aperto dos olhos, sulco nasolabial aprofundado e lábios abertos¹⁵. O *Premature Infant Pain Profile* (PIPP) é instrumento multidimensional que avalia dor aguda, por meio da análise de sete indicadores de dor referentes a movimentos faciais (protuberância da sobrancelha, olhos apertados e sulco nasolabial), indicadores fisiológicos (frequência cardíaca e saturação de oxigênio) e aspectos do contexto (idade gestacional e estado de sono e vigília). Enquanto o *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS), desenvolvido pelo *Children's Hospital of Eastern Ontario*, é uma ferramenta que avalia seis indicadores de resposta comportamental à dor, entre os quais, incluem, o movimento de face, choro, padrão respiratório, atividade motora de braços e pernas, além do estado de sono-vigília¹⁶.

Outras escalas também estão disponíveis para avaliação da dor no recém-nascido, como: 1) *Evaluation Infant Douleur* (EVENDOL): validada para dor aguda e dor de procedimento em crianças de 0 a 7 anos que apresenta quatro itens comportamentais e um item relacionado ao meio ambiente; 2) *Douleur Aigue du Nouveau-né* (DAN): validada para dor aguda e dor de procedimento em recém-nascidos prematuros, a termo e lactentes até os 3 meses de idade; 3) *Neonatal Pain and Discomfort Scale* (NPDS): avalia dor prolongada, estresse e desconforto e necessita ter conhecimento do comportamento do bebê 1 a 4 horas antes de terem começado a expressar a dor; 4) *Children and Infants Postoperative Pain Scale* (CHIPPS): escala de avaliação para

dor pós-operatória, é indicada para todos os lactentes com menos de 1 ano de idade e inclui apenas itens de comportamento; 5) Escala de Amiel Tison: validada para crianças de 1 a 7 meses de idade em um cenário de pós-operatório imediato e é composta por dez itens; 6) Escala CRIES (*Crying, Requires increased oxygen administration, Increased vital signs, Expression, Sleeplessness*): validada em recém-nascidos de 32 semanas de idade gestacional até os 6 meses de idade em unidades de terapia intensiva e apresenta 10 pontos semelhantes à pontuação APGAR¹⁵.

Orientação dos pediatras para o manejo da dor dos lactentes pelos cuidadores

O objetivo principal do manejo da dor em recém-nascidos é a utilização de intervenções que minimizem a sua intensidade e duração, possibilitando que o neonato se recupere dessa experiência estressante. Ainda existem lacunas quanto ao manejo mais efetivo da dor. Apesar de ser difícil eliminá-la completamente, muito pode ser feito para reduzir sua intensidade e quantidade. Para isso são utilizadas medidas de manejo farmacológicas e não farmacológicas, como medidas ambientais e comportamentais².

Uma variedade de intervenções não farmacológicas mostra-se efetivas para prevenir e aliviar a dor no recém-nascido. A administração de soluções adocicadas (glicose/sacarose via oral) diretamente na língua do recém-nascido, cerca de 2 minutos antes da realização de procedimentos dolorosos, causa liberação de opióides endógenos, os quais possuem propriedades analgésicas intrínsecas, bloqueando os caminhos da dor. As soluções adocicadas diminuem o choro, atenuam a mímica facial de dor, minimizam a elevação da frequência cardíaca e os escores na aplicação de escalas de avaliação da dor. Uma outra medida é a sucção não nutritiva. A sucção é um reflexo natural do recém-nascido, sendo uma das medidas comportamentais mais utilizadas na UTI Neonatal, tanto para analgesia quanto para promover calma e conforto. A sucção não nutritiva com chupeta ou dedo enluvado objetiva diminuir a hiperatividade e modular o desconforto do recém-nascido, além de diminuir a intensidade e a duração da dor. Seus efeitos estão associados ao aumento na oxigenação, melhora nas funções respiratória e gastrointestinal e diminuição da frequência cardíaca, sendo que os benefícios ocorrem durante a sucção ritmada, havendo possibilidade de ocorrência de efeito rebote com sua interrupção².

É relatado em estudos a eficácia da combinação do uso de sacarose oral com a sucção não nutritiva, massagem e a presença da voz do cuidador com objetivo de reduzir a dor em lactentes e prematuros. Os estudos mostram que, embora o uso de sacarose seja provavelmente o comprovante mais saliente, o uso da abordagem combinada está associado a benefícios adicionais. Essa modalidade está de acordo com as evidências que abrangem múltiplos estímulos que envolvem mecanismos gustativos, táteis, auditivos e olfativos são geralmente mais eficazes do que modalidades únicas².

O contato pele a pele durante um procedimento doloroso também reduz sinais fisiológicos e comportamentais de dor. É orientado que esse contato seja iniciado antes e mantido durante e após o procedimento doloroso. A amamentação também demonstra apresentar efeitos positivos na redução das respostas à dor. De modo geral, percebe-se a eficácia da amamentação no alívio da dor aguda em recém-nascidos tanto como intervenção, quanto em relação aos aspectos que a congregam (contato com a pele, sucção, odor e sabor do leite materno). A contenção gentil dos membros junto ao tronco, com a flexão das extremidades inferiores e alinhamento na linha mediana dos membros superiores flexionados, posicionando a mão perto da boca, é também efetiva na promoção de estabilidade fisiológica e comportamental. Quando envolvidos em manta ou ninho e contidos durante procedimentos dolorosos, os bebês acabam chorando por menos tempo, estabilizam o ciclo sono-vigília e apresentam menos alterações na frequência cardíaca².

Por outro lado, entre as possibilidades de tratamento farmacológico para manejo da dor no recém-nascido estão o paracetamol, analgésico mais usado para controle da dor em crianças, incluindo neonatos. Além disso, também pode ser utilizado anestésicos locais com uso tópico ou regionais, já com relação a procedimentos pós-operatórios estão incluídos opioides como morfina e fentanil. Com relação a agentes não opióides como os AINEs, gabapentina e dexmedetomidina, apesar de usados em crianças mais velhas e em adultos, são contraindicados ou menos usados em populações neonatais¹¹.

Estudos demonstram que os pais apresentam a capacidade de reconhecer a dor de seus filhos, mas tendem a subestimá-la em comparação com os profissionais de

saúde. Nesse sentido, os cuidados modernos com os recém-nascidos são também centrados na família, o que inclui o estímulo para presença e envolvimento dos pais no processo de controle da dor, com orientações e informações adequadas. Um pai que rotineiramente tem contato com seu bebê é capaz de aprender seus sinais de conforto e desconforto e, por essa razão, também deve estar envolvido na avaliação e manejo da dor. O importante papel que os pais podem desempenhar na redução da dor de seu recém-nascido também fortalece seu papel parenteral. Muitos métodos não farmacológicos para aliviar a dor são melhores ou até mesmo executados exclusivamente pelos pais, como a amamentação, contenção dos membros e sucção não nutritiva. É de extrema importância, portanto, que pediatras e outros atores de saúde que atuam na pediatria orientar os pais através do fornecimento de conhecimento e recursos, para capacitar as famílias a serem defensoras e participantes ativas no cuidado da dor de seu bebê e se tornarem membros engajados juntamente com a equipe de saúde multidisciplinar¹¹.

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho de estudo

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa. O estudo foi desenvolvido conforme as recomendações do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) (Anexo A) para assegurar a qualidade da pesquisa qualitativa.

4.2 Período do estudo

O estudo foi realizado de junho de 2023 a junho de 2024, sendo a coleta de dados no mês de julho a dezembro de 2023.

4.3 População e amostra do estudo

Os participantes do estudo foram profissionais médicos que atua como pediatras no cuidado à criança de 0 a 2 anos. O recrutamento dos participantes se deu através da estratégia bola de neve, ou *snowball*, uma técnica de amostragem que se utiliza de redes de referência¹⁷. A amostra foi de conveniência e a definição do tamanho amostral aconteceu por saturação de dados.

4.4 Critérios de inclusão

Foram incluídos os profissionais médicos que atuavam como pediatras há pelo menos 1 ano em qualquer nível de atenção.

4.5 Procedimento de coleta de dados

O procedimento de coleta de dados teve início com o convite aos pediatras para participar do projeto de pesquisa através da realização de uma entrevista utilizando um roteiro semiestruturado que aborda o objeto do estudo (Apêndice A). O recrutamento dos pediatras teve como base a técnica de *snowball*, dessa forma, após o final das entrevistas foi perguntado aos entrevistados indicações de outros profissionais. O participante inicial foi captado através da rede de contatos da pesquisadora.

A entrevista semiestruturada tem como foco um assunto sobre o qual será confeccionado um roteiro com perguntas principais, e complementadas por outras

questões inerentes às circunstâncias momentâneas da entrevista. Esse tipo de entrevista, então, permite emergir informações de maneira mais livre e as respostas não estão condicionadas a uma padronização¹⁸. Foi utilizado um roteiro norteador, mas com liberdade para explorar pontos surgidos ao longo da entrevista que fossem importantes para o tema.

Foi informado ao participante que as entrevistas seriam gravadas. Após aceitar participar do estudo, foi combinado uma data, horário e local para o processo de entrevista. Antes do processo de iniciar a entrevista, os pediatras liam e assinavam o TCLE. Foi comunicado que a entrevista poderia apresentar duração de até duas horas e que os locais para sua realização poderiam ser através do ambiente virtual, pela plataforma zoom ou aplicativo WhatsApp, ou presencialmente. Dentre as sete entrevistas realizadas, cinco foram realizadas em ambiente virtual, sendo 3 através da plataforma zoom e duas através do aplicativo WhatsApp, em todos os casos foram garantidos aos participantes a privacidade de que apenas o entrevistador estaria presente no ambiente durante a entrevista. Enquanto duas entrevistas foram realizadas presencialmente na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, em que também foi assegurado um ambiente que garantia sua privacidade e conforto.

4.6 Análise de dados

As entrevistas foram transcritas na íntegra, com o máximo de clareza nas descrições. A análise de conteúdo seguiu os princípios da análise de conteúdo de Bardin, em que a primeira etapa consiste na organização das entrevistas utilizadas, onde poderão ser descartadas as entrevistas que não contemplaram o roteiro de questões ou que apresentaram problemas no áudio ou nas transcrições, sendo então realizado um levantamento do material utilizado. A segunda fase é a etapa de codificação, onde foram codificadas as unidades de registro dentro da unidade de contexto, o que permitiu a viabilidade da análise do tema de estudo. E, por fim, a terceira fase foi a categorização das unidades de registro.

4.7 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública sob o parecer nº 6.128.648 (APÊNDICE B)

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após as entrevistas e análise dos dados, observa-se uma amostra parcial de 7 pediatras, todas do sexo feminino. As participantes apresentam idade entre 42 e 76 anos, com tempo de formação variando entre 18 e 50 anos. Entre as entrevistadas, 5 das pediatras apresentam filhos e 2 não possuem filhos. Entre as titulações máximas relatadas, destacam-se: especialização em pediatria e neonatologia. Por fim, quanto a atuação atual, evidenciam-se, principalmente, docência em faculdades de medicina e atuação em consultórios e hospitais. (Quadro 1).

Quadro 1- Perfil dos pediatras participantes da pesquisa (n=7).

Identificação	Sexo	Idade (anos)	Tempo de formação (anos)	Filhos	Titulação Máxima	Atuação atual
E1	Feminino	73	50	3	Especialização	Consultório
E2	Feminino	53	30	1	Mestrado	Consultório e Docência
E3	Feminino	59	32	3	Especialização	Consultório e Docência
E4	Feminino	71	44	0	Mestrado	Consultório e Hospital
E5	Feminino	42	18	0	Especialização	Consultório e Docência
E6	Feminino	66	43	2	Especialização	Consultório
E7	Feminino	51	29	1	Especialização	UTI neonatal

A partir das entrevistas realizadas, foram definidas sete categorias relacionadas à percepção dos pediatras quanto ao manejo da dor do lactente pelos cuidadores.

5.1 Dores prevalentes na faixa etária de crianças entre 0 e 2 anos de idade

Percebe-se nas falas dos pediatras entrevistados uma unanimidade quanto a dor mais prevalente em crianças de 0 a 2 anos de idade: as dores abdominais, entre elas, a cólica do lactente.

A cólica do lactente é a dor mais frequente em pediatria. (E1)

Depende se o bebê está internado ou em casa. Se o bebê não está internado, as dores mais frequentes são dores abdominais. O bebê internado tem muito mais dispneia. (E7)

A definição clássica de cólica infantil foi dada em 1954 por Wessel, que descreveu a cólica como uma condição que ocorre em um bebê saudável e bem alimentado, com choro ou agitação por mais de três horas por dia, por mais de três dias por semana e por mais de três semanas¹⁹. Posteriormente, a cólica foi reconhecida como um distúrbio funcional e, portanto, a cólica infantil foi classificada como um distúrbio gastrointestinal funcional (FGID) sob os critérios de diagnóstico de Roma (ROME) III. No entanto, foram reconhecidas falhas nos critérios de ROMA III e, assim, os critérios de ROMA IV foram fornecidos em 2016. Os critérios de ROMA IV são: “Uma criança com menos de cinco meses de idade quando os sintomas começam e param; períodos recorrentes e prolongados de choro, agitação ou irritabilidade do bebê relatados pelos cuidadores que correm sem qualquer causa óbvia e não podem ser evitados ou resolvidos pelos cuidadores; nenhuma evidência de deficiência de crescimento infantil, febre ou doença”¹⁹.

Teorias foram propostas relacionando diversos fatores à cólica infantil, mas nenhuma dessas teorias possuem evidências suficientes para estabelecer a causalidade. Não há provas de que a fonte de desconforto em bebês com cólica seja o intestino, entretanto, essas teorias podem ser amplamente classificadas como gastrointestinais (intolerância à lactose, alteração na flora intestinal, imaturidade do sistema nervoso entérico, aumento dos receptores de motilidade e hipersensibilidade ao leite de vaca) e causas não gastrointestinais (fatores relacionados à mãe, ao bebê e ao meio ambiente)¹⁹.

A otalgia também foi relatada como uma dor frequente nessa faixa etária, bem como a dor em região de orofaringe.

Geralmente dores abdominais, dor em orofaringe, por infecção geralmente no caso amigdalite, e otalgia. (E5)

As dores mais frequentes são dor abdominal. Ultimamente estou vendo muita otite, não sei se porque as lavagens de ouvido aumentaram. A dor de crescimento não é tanto nessa idade. Eu diria dor abdominal e dor de ouvido. (E6)

O estudo de coorte realizado por Hestbaek L et al. demonstrou haver uma associação entre o choro excessivo durante os primeiros seis meses de vida e subsequentes problemas auditivos, uma vez que foi analisado que bebês que choram excessivamente possuem maior risco de desenvolver infecções de ouvido durante a primeira infância do que os bebês que choram menos. Foi analisado um padrão “dose-resposta” com maior risco de infecções de ouvido no grupo de lactentes que choravam por mais horas e apresentavam mais agitação. O fato de que a diferença na ocorrência de infecções de ouvido entre crianças com choro excessivo e crianças com choro normal foi motivada principalmente pela diferença na ocorrência de infecções de ouvido frequentes o que poderia levar a apoiar uma suposição de associação. Isto é ainda apoiado por um estudo anterior que verificou que recorrências frequentes de otite média foram significativamente correlacionadas com seu início precoce²⁰. A otite média aguda (OMA) é a doença infecciosa mais comum encontrada em crianças menores de dois anos de idade e a causa mais comum de uso de antibióticos em crianças nos Estados Unidos. A OMA causa irritabilidade, insônia, diminuição do apetite, desequilíbrio e tontura nos pacientes, especialmente em crianças pequenas²¹. A explicação mais óbvia para a associação demonstrada é que esses bebês choram por causa de dores de ouvido não detectadas, embora a otite média aguda seja mais comum após os seis meses de vida. No entanto, pode haver outros mecanismos envolvidos, como uma suscetibilidade comum a infecções de ouvido e outras causas de choro na infância, que atua de forma independente sobre os diferentes distúrbios²⁰.

As dores, tanto agudas quanto crônicas, resultam em uma importante questão clínica, econômica e social à humanidade. As comorbidades associadas ao processo de dor aumentam a sobrecarga tanto do paciente quanto da família e podem resultar em um uso excessivo de opioides, dependência medicamentosa, dificuldades financeiras e nos relacionamentos. Nesse sentido, o estudo sobre a incidência e prevalência da dor pediátrica é cada vez mais pertinente⁶.

Os pediatras entrevistados no presente estudo referiram que os principais tipos de dor em crianças de 0 a 2 anos idade são a dor em região abdominal, a exemplo da cólica do lactente, dor em orofaringe e otalgia. Nota-se, portanto, uma consonância entre os resultados encontrados com a literatura, uma vez que em um estudo realizado no

hospital universitário da faculdade de medicina de Ribeirão Preto (São Paulo, Brasil), em 2012, foi demonstrado, de acordo com relatos de médicos e enfermeiros, que a dor pediátrica se localiza predominantemente em primeiro lugar em membros, seguido da região abdominal e dorso, e em terceiro lugar a face, cabeça e pescoço²².

5.2 Manifestações de dor pelos lactentes

De acordo com os médicos entrevistados, todos apontaram não somente uma manifestação de dor pelos lactentes, mas sim um conjunto de alterações, como: choro, mudança na expressão facial, aumento da frequência respiratória, contração e rigidez dos membros.

A expressão facial, o rostinho contraído. O choro é forte. A respiração é diferente da respiração basal. Os braços e pernas ficam contraídos. São situações que você percebe que a criança está em estado de alerta. É o movimento corporal da criança que mostra que ela não está bem. (E1)

A expressão facial ainda foi sugerida como a manifestação de dor no lactente que auxilia na análise da intensidade da dor.

A intensidade da dor ela revela através da face. Existe até uma classificação da dor por mímica facial. (E4)

Em situação de dor, o organismo apresenta respostas fisiológicas e comportamentais que funcionam como um sistema de “alarme” para reação e proteção. A dor, apesar de ser uma experiência subjetiva pode ser relatada, assim como o organismo pode emitir sinais objetivos de alteração fisiológica e comportamental¹⁶. Durante o crescimento, a criança desenvolve a habilidade de identificar a origem do estímulo doloroso, localizá-lo, quantificá-lo e, por fim, verbalizar sua sensação dolorosa. Nesse sentido, a expressão de dor em crianças menores de seis anos é essencialmente corporal e não verbal¹⁵.

De acordo com o relato das pediatras entrevistadas, a dor no lactente é manifestada por um conjunto de alterações, especialmente através da movimentação corporal, a exemplo da contração do membro, choro e alteração da mímica facial. Em concordância com esse achado, de acordo com Campbell-Yeo et al., as manifestações de dor em dor em neonatos podem ser divididas em sinais comportamentais, como: movimentos corporais, tensão muscular, choro e alteração

na expressão facial. E, além do comportamento, há também sinais fisiológicos, entre os quais destacam-se: redução da saturação de oxigênio, alteração nos níveis de cortisol, bem como mudanças na frequência cardíaca e respiratória¹¹.

Os pediatras entrevistados apontaram para o fato de que o choro também pode estar presente como expressão de outras necessidades, o que torna necessário a atenção para os outros tipos de manifestações.

O choro não é a principal manifestação de dor da criança, visto que a criança chora para expressar até porque está de xixi, com calor, porque está com sono e não consegue dormir. Mas a gente orienta quanto a expressão facial, movimento do corpo, respiração. Para os pais realmente entenderem quando efetivamente aquele choro é de dor. (E1)

Foi também identificado que o lactente pode manifestar a dor durante sua manipulação. E, até mesmo, levar a mão até o local que está sendo a origem da dor, no caso de uma otalgia, por exemplo.

A dor de ouvido é frequente já no lactente. E é terrível, pois às vezes a criança localiza a dor. Quando a criança é maiorzinha às vezes coloca a mãozinha no local. Muitas vezes na manipulação da criança, os pais percebem que aquele lado, aquele ouvido, está dolorido. (E1)

O bebê pode sentir dor, mas não necessariamente ele irá conseguir expressar isso, mas ao pegar no tragus a criança pode demonstrar algum desconforto, ficar mais irritada. (E3)

A criança pequena fala sem usar expressões verbais, mas ela usa gestos, choro e aponta o local. (E4)

Uma outra alteração também referida como manifestação de dor é a recusa da alimentação pelo lactente.

Pode deixar de comer e isso pode ser um sinal de dor. Não somente o choro, alteração do comportamento de maneira geral. (E3)

Em um estudo realizado na cidade de Feira de Santana, Bahia, em 2010, a quase totalidade dos profissionais entrevistados referiu a principal manifestação de dor no bebê como sendo a identificação do tipo de choro, uma vez que durante o estímulo doloroso pode haver alterações nos padrões normais do choro, como prolongamento da fase expiratória, tom mais agudo, perda do padrão melódico e duração aumentada. Ainda nesse estudo, os movimentos corporais foram apontados como a segunda

principal característica mais observada e as mudanças na expressão facial foi a terceira mais citada. Entre os sinais fisiológicos observados, a frequência cardíaca teve destaque na avaliação dos entrevistados. Por fim, foram citados, em ordem de maior para menor prevalência: alteração no sono, queda da saturação, temperatura e alteração na alimentação²³.

Observa-se, então, uma concordância entre os dados presentes na literatura com os resultados mostrado neste estudo, uma vez que as pediatras entrevistadas relataram como sendo as principais manifestações de dor no lactente: alteração na expressão facial, choro, movimento corporal e alteração na alimentação. Entretanto, é possível notar que algumas manifestações de dor não foram citadas pelas entrevistadas, entre elas: estado de alerta, diminuição na saturação de oxigênio, alteração nos níveis de cortisol e mudança na temperatura corporal.

5.3 Dificuldades enfrentadas pelos cuidadores para identificar a dor no lactente

Quando questionados acerca das dificuldades que os cuidadores enfrentam para identificar a dor no lactente, os pediatras entrevistados apresentaram percepções diversas.

Para essa criança pequena, eles têm sim dificuldade. Do mesmo jeito que o médico tem muitas vezes dificuldade, os pais também têm. Agora, naturalmente, na cólica não, é mais fácil. Mas habitualmente sim. (E1)

Eu acredito que os pais sempre sabem um tanto como que identifica. (E2)

Nota-se, em alguma das falas, que os pais apresentam dificuldade para identificar a dor pelo fato de confundir a manifestação de dor com outras necessidades, como fome e, até mesmo, “manha”.

Na maioria das vezes eles confundem com a criança estar sentindo fome. Para eles a criança chorar é significado de estar com fome. A criança chorou e automaticamente coloca a criança no peito. (E1)

Às vezes eles falam que não sabem se é “manha” ou se é verdade. Às vezes eles não valorizam a dor achando que é “manha”, mas sempre explicou para eles que a gente não deve não valorizar, pode ser uma verdade. (E6)

Na avaliação em pediatria, deve-se considerar que a manifestação de dor na criança é, em muitos casos, mensurada pelo acompanhante. Assim, incluir os pais ou outro familiar da criança em todo processo de avaliação e de conduta para alívio da dor

parte do pressuposto de que eles conhecem seus filhos e percebem melhor as modificações comportamentais²⁴.

Através da análise de uma das falas, observa-se o relato de que os cuidadores geralmente não apresentam muita dificuldade em identificar a dor no lactente. Referindo que os cuidadores já chegam ao consultório referindo o processo de dor do seu filho.

Geralmente não há tanta dificuldade, eles conseguem identificar. Quando eu faço atendimento, eles já referem a presença da dor. (E5)

Na perspectiva de que os pais não apresentam muita dificuldade em identificar a dor de seu filho, o relato de uma das entrevistadas de que os pais já chegam ao consultório referindo o processo de dor entra em consonância com achados na literatura, a exemplo de um estudo que objetivou verificar se adultos, com ou sem experiência pessoal ou profissional com dor no período neonatal, foram capazes de reconhecer a expressão facial da dor em recém-nascidos a partir de fotografias e, dos 405 adultos entrevistados, a maioria conseguiu detectar corretamente a expressão facial de dor em recém-nascidos²⁵.

Também está presente a percepção de que os pais que estão experienciando a paternidade e maternidade pela primeira vez apresentam ainda mais dificuldade em identificar a dor no lactente. No entanto,

Principalmente os pais de primeira viagem, eles ficam bem perdidos. Já trabalhei em pronto socorro e a queixa é “meu filho não para de chorar”. Eles ficam realmente desesperados, não sabem para onde ir. (E7)

Em um estudo realizado por Corvin S et al., foi demonstrado que adultos não pais, sem experiência com bebês, não conseguiram identificar o contexto do choro, já adultos com experiência moderada mostrou capacidade moderada em identificar o contexto de choro e, em contrapartida, adultos com forte experiência com bebês, seja porque eram pais ou profissionais da área pediátrica, foram os melhores em identificar o choro de um contexto de dor²⁶.

O contexto socioeconômico onde a família está inserida também é apontado como uma dificuldade que interfere na maneira que os cuidadores percebem e identificam a dor no lactente.

A gente percebe que tem pais comprometidos, mas a gente observa também que a condição social interfere. Quando a pessoa tem menos condição, ela precisa realizar mais tarefas e por isso percebe menos. (E3)

Eu observo que atualmente já temos muito métodos para diminuir a dor da criança. Por exemplo, existe hoje um dessensibilizador para na hora que a criança for tomar a vacina, mas isso custa dinheiro, então fica restrito aos pais que possuem bom poder aquisitivo. Então acho que a questão econômica pesa muito nesse manejo. (E3)

Pontuou-se também o fato de que uma mãe que não possui rede de apoio e apresenta um sofrimento emocional importante aumenta ainda mais o desafio de identificar a dor.

(..) Por outro lado, já tive situações que os pais achavam que o desconforto da criança era dor, sem que eu achasse que ali era dor e sim que ali tinha um sofrimento emocional da mãe, da carga, da preocupação. Porque uma mãe que está exageradamente cansada e sem apoio, pode ver um choro que é de sono e interpretar como se fosse algo muito grave. (E2)

Em um estudo realizado por De Cássia R et al. foi analisado que a presença ou ausência de parceiro fixo, o número de filhos, a renda familiar, a escolaridade e a profissão do cuidador dificultaram, em maior ou menor grau, o reconhecimento da mímica facial no neonato²⁷. Percebe-se, neste presente estudo, opiniões diversas quanto às dificuldades dos cuidadores em identificar a dor no lactente. Há pediatras que relatam haver uma dificuldade nessa identificação por parte dos pais, assim como também por parte dos profissionais médicos, e outras ainda acrescentam que a condição social e o sofrimento emocional da mãe podem interferir nessa habilidade, destacando que cuidadores com menor condição socioeconômica apresentam mais tarefas em seu dia a dia e por isso podem perceber menos o processo de dor de seu filho. Divergindo dessa percepção, o estudo realizado por De Cássia R et al., observou que adultos com maior renda familiar apresentaram um menor número de acertos na identificação da expressão facial de dor no recém-nascido. Nesse sentido, deve-se levar em consideração que tais fatores podem estar mais relacionados à capacidade de decodificação da dor do recém-nascido por parte do adulto do que a renda por si só²⁷.

Em uma das falas, uma pediatra assinala que “mães de verdade” não apresentam dificuldade em identificar a dor no lactente. Além disso, refere que o processo de

identificar e perceber a dor no lactente é um aprendizado com base em tempo e experiência.

Eu nunca vi uma mãe de verdade não entender quando uma criança tem dor. (...) Apesar de existir a questão da contração, da rigidez dos membros e mudança na expressão facial, eu acho que nas famílias que a criança chora muito vai se aprendendo. (E2)

Em um estudo realizado por Soares M et al., entre as quinze mães participantes, nenhuma percebeu os sinais de dor quando o recém-nascido se encontrava em repouso, entretanto, quando observados durante o manuseio, as mães revelaram ter identificado sinais de dor tais como: expressão facial, choro vigoroso e flexão dos membros. Esse estudo concluiu que é possível que a mãe reconheça as necessidades sinalizadas por seu filho, tendo em vista a relação intersubjetiva entre mãe e filho, que supera o cuidado técnico por vezes observado na relação enfermeiro e recém-nascido²⁸. Nota-se, portanto, a capacidade de reconhecimento da dor do lactente pelas mães devido a intersubjetividade da relação parenteral, que pode variar de acordo com pontos como estado emocional e situação socioeconômica. Entretanto, não foi encontrado na literatura dados que comprovem ou relatem o termo “mães de verdade” como sendo uma característica unicamente necessária para identificar a dor no recém-nascido.

5.4 Orientações dos pediatras quanto à identificação da dor no lactente pelos cuidadores

Com relação a conduta médica de orientar os cuidadores em como identificar a dor no lactente, quando questionados se apresentam esse hábito durante as consultas, 5 pediatras responderam que orientam os pais em como podem realizar essa identificação.

Graças a deus as mães estão indo para consulta pediátrica antes do parto. E a gente desde aí começa a orientar sobre o comportamento da criança nos primeiros momentos de vida, para que eles saibam, entender e perceber. (E1)

É possível observar em uma das falas, que a orientação para os pais de como identificar a dor no lactente é feita também com o intuito de aumentar a confiança dos cuidadores no cuidado com seus filhos.

Eu sou uma pessoa muito dedicada ao meu consultório, sou uma pessoa que minha consulta leva de 1 hora a 1 hora e meia, e eu gosto de preparar meus pais para justamente terem uma certa autonomia e confiança, para não

ficarem inseguros indo para emergência. Eu tento dar uma orientação aos meus pacientes para que eles saibam o que está acontecendo. (E6)

Observa-se em uma das falas a percepção de que há uma facilidade em identificar que a criança está com dor e que a família normalmente sabe quando o lactente está manifestando sinais de dor.

É muito fácil identificar, a própria família sabe quando a criança tem dor. Quando a criança tem dor não consegue fingir. Até os dois anos de idade a criança consegue limitar o tempo de dor, o local da dor e não tem problema nenhum. Ela aponta e diz, ela diz sem dizer. Ela demonstra. (E4)

Nota-se, em uma das entrevistas, o relato de que os pais normalmente já chegam no consultório com a queixa de que seu filho está com dor. Isso devido a uma orientação prévia de como o lactente pode se comportar durante o processo de dor, os sintomas associados e manobras que os pais podem realizar para identificar a dor, como, no caso de uma otalgia, pegar no tragus da criança.

Normalmente eles já chegam com essa queixa, às vezes eu oriento, por exemplo: está com infecção de vias aéreas, o bebê pode sentir dor, mas não necessariamente ele irá conseguir expressar isso, mas ao pegar no tragus a criança pode demonstrar algum desconforto, ficar mais irritada, pode deixar de comer e isso tudo pode ser um sinal de dor. Não somente o choro, alteração do comportamento de maneira geral. Se ele estiver com alguma doença, pode evoluir para esses tipos de sintomas. (E3)

A apropriação dos conhecimentos relativos aos cuidados do bebê pela mãe, com base em suas próprias vivências maternas e em seus saberes adquiridos, tem um efeito direto sobre a sua decisão de seguir ou não as orientações dos pediatras. Essa decisão parte de pressupostos internalizados a partir de vivências e saberes adquiridos por essa mãe ao longo de sua própria existência e das experiências compartilhadas por outras mulheres, especialmente quando ela se sente insegura com as orientações recebidas do seu pediatra. Dessa forma, o pediatra que demonstra apreço por essas experiências maternas e reafirma as convicções pessoais da mãe será mais exitoso no seu desempenho profissional²⁹.

A gestação é acompanhada de várias mudanças físicas, emocionais e psicológicas que desencadeiam na futura mãe diversos sentimentos, como insegurança, alegria, satisfação e dúvidas. Estudos mostram que quando a criança nasce antes do tempo e necessita de cuidados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, a mãe passa a

ser uma mera expectadora dos cuidados especializados prestados pela equipe de saúde, gerando incerteza e insegurança em relação à vida do filho fora daquele ambiente³⁰. É notório, portanto, a orientação, ainda durante a gestação, quanto ao comportamento da criança nos primeiros momentos de vida, para que as mães desenvolvam um senso de autonomia, confiança e entendam ou percebam quando ocorrer alguma alteração na saúde de seus filhos, inclusive para não irem a qualquer sinal de dor para emergência, como relata uma das entrevistadas neste estudo.

Observa-se em uma das falas a orientação na identificação da dor à medida que o lactente cria uma rotina de aleitamento materno, dessa forma, os cuidadores conseguem diferenciar o choro da fome, do calor, da fralda suja e o choro da dor. Na fala analisada, a pediatra ainda refere que a diferenciação do tipo de choro influencia sobretudo na conscientização dos cuidadores acerca do uso de medicamentos.

Observar direito o horário de comer, disciplinar a mamada, porque de início, com a livre demanda, elas ficam perdidas, à medida que a criança vai entrando em um ritmo de alimentação vai ficando mais fácil de definir o choro da fome, o choro da dor, o choro da fralda suja, o choro do calor. E aos pouquinhos elas vão conhecendo e definindo para não ficar medicando de maneira aleatória. Medicação em última instância e dá certo. A gente usa pouca medicação. (E1)

É analisado, em uma das falas, a orientação para os cuidadores a observarem o tipo de dor, sua intensidade, frequência, sintomas associados e o comportamento da criança durante esse quadro.

Se for uma dor abdominal eu oriento os pais a observarem se é uma dor de forte intensidade, se é mais constante, ou se é uma dor que realmente a criança pare, fique quietinha, o que vem associado a dor, se está vomitando, se tem diarreia, sangue nas fezes. (E6)

Uma das pediatras entrevistadas ainda relata explicar a diferença entre cólica e disquesia.

Eu converso muito com as mães como que caracterizamos uma cólica. Explico também o que é disquesia, para diferenciar o que é cólica e disquesia. Eu defino a cólica: é considerado cólica 3 horas de choro 3 vezes no dia. (E6)

Como citado anteriormente, devido à impossibilidade de verbalização, a principal forma de expressar a dor do recém-nascido passa a ser por atitudes comportamentais. Dentre os comportamentos que podem indicar dor no recém-nascido estão o choro, a expressão facial e agitação, sendo as mais estudadas: a resposta motora, mímica

facial, choro e o padrão de sono e vigília³¹. Em consonância com a literatura nota-se que as pediatras orientam a observação de alterações no comportamento da criança, como irritação, recusa da alimentação e choro. Nesse contexto, torna-se extremamente relevante, como forma de melhor identificar a dor, disciplinar o horário da amamentação, especialmente após o período da livre amamentação, visto que com um ritmo de alimentação estabelecido é melhor para definir e diferenciar o choro da mamada, do choro sono, da fralda suja e do calor e, a partir disso, diminuir o uso de medicações aleatórias. Além das alterações comportamentais e fisiológicas descritos nos estudos, é também referido a importância de orientar a observação de sintomas associados ao processo de dor, como sangue nas fezes, vômitos e diarreia.

Por fim, quanto a identificação da dor pelos pediatras, o estudo realizado por Martins de Melo G et al., identificou cerca de 29 escalas de avaliação da dor em recém-nascidos disponíveis em publicações científicas da área de neonatologia e, com base no conhecimento das características de cada escala, não se pode eleger a mais adequada, pois a escolha dependerá da idade gestacional, do tipo de estímulo doloroso, do contexto que o recém-nascido se apresente. Por isso, ressalta-se que, diante dos estudos, ainda não existe uma escala padrão-ouro para avaliação da dor no recém-nascido³².

5.5 Orientação dos pediatras quanto ao manejo da dor no lactente pela família

Os pediatras quando questionados acerca da orientação dada para o manejo da dor dos lactentes pelos cuidadores, relataram, em sua maioria, realizar principalmente a orientação de não utilizar fármacos como primeira opção.

Primeiro, a gente tem que orientar para eles não ficarem medicalizando a criança, pois assim eles irão dar remédio para tudo. Do mesmo jeito que dá peito toda hora, dá remédio para tudo. (E1)

É sabido que o alívio insuficiente da dor pode causar alterações a longo prazo na compreensão e percepção da dor, bem como determinar expressões comportamentais específicas relacionadas à dor. O estresse e o desconforto associados à dor processual possui efeitos negativos a longo prazo, podendo contribuir para distúrbios alimentares e do sono, transtorno do estresse pós-traumático, além de reduzir as habilidades sociais e provocar medos em excesso³³.

O manejo da dor do recém-nascido deve ser baseado, em primeiro lugar, na identificação correta da presença de dor, tendo como principal objetivo a utilização de intervenções que minimizem a intensidade e duração do processo doloroso, utilizando, para isso, estratégias farmacológicas e não farmacológicas². Entre os métodos não farmacológicos, assim como os relatados neste presente estudo, destacam-se: amamentação direta, sucção não nutritiva, glicose ou sacarose via oral, massagem, contato pele a pele, contenção e enrolamento e aquecimento do calcanhar. Observa-se nas falas das pediatras entrevistadas que a primeira orientação é a de não medicar a criança o tempo inteiro, assim, quanto às estratégias farmacológicas, o seu uso varia de acordo com as indicações, contraindicações, posologia e vias de administração.

Através da análise das falas, observa-se orientações não farmacológicas no manejo da dor no lactente, como: massagem, acalantar a criança e uso de compressa.

Sim, não necessariamente com medicamentos. Pegar, segurar a criança, para aquecer a barriga. (E3)

A orientação dada é, em primeiro lugar, ter paciência, em segundo, acalantar a criança e, em terceiro, verificar se realmente é dor, fome ou molhado. (E4)

Se for uma dorzinha tipo cólica a gente orienta massagear. Se for uma dor de ouvido, a gente orienta sempre colocar uma compressa no ouvido e já alivia a dor. (E7)

A massagem terapêutica envolve a manipulação pele a pele, que inclui: effleurage suave (movimentos rítmicos e deslizantes no contorno do corpo), pétrissage leve (movimentos de levantamento, rolamento e amassamento feitos lentamente) e compressão. Acredita-se que esses movimentos aumentam a atividade vagal, modulando os níveis de insulina e o fator de crescimento semelhante à insulina tipo 1, bem como diminuindo os níveis de cortisol e epinefrina. Esse método demonstrou, ainda, eficácia em ensaios randomizados ao diminuir os escores NIPS (Neonatal Infant Pain Escale) em treze bebês que realizaram teste do pezinho precedido por uma massagem de dois minutos na perna ipsilateral. Esse procedimento não induz ao sono e sua utilidade é limitada como um sedativo³⁴.

Em concordância com a orientação de uma das pediatras entrevistadas, de segurar e acalantar a criança no momento de dor, um estudo publicado em 2008, realizado com o objetivo de identificar os efeitos do contato pele a pele durante o processo de dor em

recém-nascidos prematuros estáveis (nascidos com pelo menos 30 semanas de idade gestacional), identificou que o contato pele a pele quinze minutos antes, durante e após o teste do pezinho resultou em diminuição da intensidade da resposta à dor pelos bebês³⁵. Relata-se, ainda, que o grupo de bebês que obtiveram o contato pele a pele antes do teste do pezinho apresentaram menor escore de dor na escala Neonatal Facial Coding System (NFCS) do que o grupo que recebeu apenas os cuidados de rotina. Assim, os resultados demonstram que o contato pele a pele durante um processo doloroso reduz os sinais fisiológicos e comportamentais de dor².

O contato pele a pele funciona como uma intervenção analgésica por meio da interação de estimulações multissensoriais, incluindo: emocional, tátil, proprioceptivo, vestibular, olfativo, auditivo, visual e estimulações térmicas. Além de reduzir as respostas comportamentais e fisiológicas à dor, estudos demonstraram alterações nos marcadores hormonais incluindo o cortisol, b-endorfina e níveis de ocitocina, o que pode explicar o efeito analgésico endógeno em neonatos⁵.

Entre os entrevistados, dois pediatras relataram que possuem em sua orientação para manejo da dor no lactente o uso de medicamentos, sendo os tipos de fármacos variando a depender da causa base da dor.

Se uma criança fica inconsolável, não melhora espontaneamente, e não consegue se distrair nem interagir, ela está com dor que precisa ser medicada. (...) A simeticona melhora um pouco a distensão gasosa, se não melhorar, passa para o analgésico, que minha escolha é o paracetamol. Não melhora, para tudo que temos que investigar o que está acontecendo. (E2)

Pode usar uma compressa, ficar em um ambiente mais tranquilo. Mas minha medida é mais farmacológica mesmo. (E5)

O uso de fármacos como paracetamol, anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), alfa-2 agonistas adrenérgicos, anestésicos locais e opioides tornou-se a base da analgesia pediátrica. Nesse sentido, a combinação de abordagens analgésicas associados a métodos complementares não farmacológicos podem promover níveis de dor aceitáveis sem efeitos colaterais importantes³⁶.

Quanto à orientação para o uso de simeticona em casos de distensão gasosa, essa orientação vai de encontro com os resultados de estudos selecionados para revisão Cochrane, que compararam cloridrato de diclomina, brometo de cimetrópio,

simeticona, sacarose e medicamentos fitoterápicos na redução do choro durante a cólica do lactente e verificou-se que a simeticona não apresenta papel na diminuição dos sintomas de cólica³⁷. Apesar das orientações farmacológicas citadas, as pediatras entrevistadas também afirmam a importância de levar o recém-nascido à uma emergência no caso de dor persistente e aumento na frequência do uso de medicações para que o diagnóstico não seja mascarado.

Em relação às dores abdominais e otalgia, observa-se que alguns dos entrevistados orientam o uso de medicamentos e, a depender da intensidade da dor, os cuidadores também são orientados a procurarem a emergência.

Se a criança chora desesperadamente e reage a manipulação, e se percebe que a dor é localizada no ouvido, a gente orienta a dar um analgésico e procurar imediatamente uma emergência. (E1)

A dor abdominal que na dúvida dê analgésico, a dor da otalgia que dê analgésico e que seja visto. Se for dor para defecar, é importante melhorar o quadro da obstipação, e basicamente é isso. Sempre tratar a causa base. (E6)

Apesar de orientarem o uso de medicamentos, as pediatras informam que no caso de ocorrer um aumento na frequência do uso de fármacos é necessária uma investigação mais detalhada, até mesmo para que o diagnóstico não seja mascarado.

Eu normalmente deixo livre para uso de analgésico comum: os AINES, paracetamol, dipirona e ibuprofeno. Se a frequência do uso se torna muito grande, tem que parar para realizar uma investigação mais detalhada. (E2)

Quando é uma dor muito importante, independente do que seja, a gente não fica medicando dentro de casa para não mascarar o diagnóstico, a gente encaminha para emergência. (E1)

Apesar da maioria das pediatras entrevistadas orientarem o uso de medidas não farmacológicas, há profissionais médicas que orientam a utilização de medicações para manejo da dor. Nesse sentido, entre os analgésicos não opioides há destaque para o paracetamol, anti-inflamatórios não esteroides, benzodiazepínicos e anestésicos locais e regionais⁵. Em concordância com a literatura, as médicas entrevistadas relataram orientar o uso de medicamentos como paracetamol, ibuprofeno e dipirona em casos específicos como otalgia e dor abdominal. Dentro da categoria de anti-inflamatórios não esteroidais, o paracetamol é a primeira escolha para tratamento³⁸. De acordo com Hall RW et al., as formulações orais, retais ou

intravenosas de paracetamol apresentam mínimos efeitos adversos em bebês e, em contraste do seu uso em crianças mais velhas, esse medicamento raramente causa toxicidade hepática ou renal em recém-nascidos³⁴. Já de acordo com Campbell-Yao et al., o uso de anti-inflamatórios não esteroidais em neonatos é menos comum, devido ao risco de lesão renal e hemorragia gastrointestinal¹¹.

Quanto a cólica do lactente, dor relatada como mais frequente nessa faixa etária, observa-se em uma das falas, que o uso de medicamentos não é orientado ou necessário.

Já foi feito vários estudos no mundo inteiro e não se consegue entender a causa da a causa da cólica. Como você não conhece a causa, não tem tratamento. (E4)

Sobre cólica eu oriento falando que remédio não adianta, basicamente é o cuidar e o acalmar com manobras. Eu sou um pouco chata para remédio. (E6)

Estudos realizados por Huang et al indicaram que o enrolamento e a contenção são alternativas não farmacológicas para prematuros com dor aguda, podendo ser administradas de maneira alternadas. Além disso, foi demonstrado que, durante o teste do pezinho, a intensidade da dor expressa pelos prematuros foi classificada como “dor intensa”, enquanto aqueles com contenção demonstraram apresentar “dor moderada”³⁹. A contenção gentil dos membros junto ao tronco, com flexão das extremidades inferiores e alinhamento na linha mediana dos membros superiores flexionados, posicionando a mão perto da boca é efetiva na promoção de estabilidade fisiológica e comportamental. Observa-se redução no tempo de choro de neonatos pré-termo, estabilização do ciclo sono-vigília e menores alterações na frequência cardíaca quando envolvidos em mantas ou ninho e contidos durante procedimentos dolorosos².

Nota-se também, em uma das entrevistas, a percepção de que os cuidadores aumentam o uso de medicações quando percebem uma alteração de comportamento da criança.

O que eu percebo é que quando elas percebem que tem alguma coisa estranha elas medicam muito, em excesso. Naquela tentativa de melhorar, de que a criança fique mais quietinha. (E3)

Identifica-se, em uma das falas, a relação entre o uso de medicamentos para a dor no lactente como maneira de amenizar a ansiedade da mãe.

Embora, o mundo farmacêutico invente um monte de remédio para cólica (geralmente probiótico), não resolve a cólica, mas talvez resolva a ansiedade da mãe por ver a criança chorar. (E4)

Um outro ponto importante, ao observar os resultados deste presente estudo, uma das pediatras refere que, pelo fato de a cólica não possuir uma causa conhecida, ainda não há tratamento para esse tipo de dor e outra profissional médica ainda afirma que o medicamento orientado para uso durante a cólica do lactente é mais prescrito com a função de diminuir a ansiedade da mãe ao ver a criança chorar do que, de fato, tratar a cólica. Isso porque, de acordo com Bagherian B. et al., alguns estudos consideram o estado mental da mãe como fator determinante na gravidade da cólica infantil. Com isso, pelo fato de as mães não compreenderem corretamente a patogênese da dor do tipo cólica, possuem dificuldade em cuidar dos seus filhos⁷.

Por fim, apesar de não terem sido citados nas falas das pediatras entrevistadas, existem outros métodos não farmacológicos para manejo da dor no lactente. Em um estudo realizado no Brasil, foi demonstrado a eficiência da amamentação para aliviar a dor causada pela coleta de sangue em recém-nascidos. Os bebês que foram amamentados ao seio antes do procedimento demonstraram durante e depois da coleta menos respostas fisiológicas e comportamentais à dor quando comparados aos recém-nascidos que não foram amamentados ao seio antes do procedimento⁴⁰. Percebe-se, assim, a eficácia da amamentação direta no alívio da dor aguda em recém-nascidos tanto como uma intervenção para o processo doloroso, quanto em relação aos aspectos que a congregam: contato pele a pele, sucção, odor e sabor do leite materno². Evidências também demonstram que a amamentação promove diminuição da frequência cardíaca, redução do tempo de choro e pontuações menores nas escalas de dor em comparação a outras intervenções não farmacológicas como o enrolamento e a sucção não nutritiva⁵.

Uma outra abordagem também não relatada nas falas das pediatras entrevistadas foi a sucção não nutritiva, que corresponde a um reflexo natural do recém-nascido, sendo

uma das medidas comportamentais mais usadas em UTI neonatal não somente para analgesia, mas também para promover conforto e calma. O uso da chupeta ou dedo também diminuem a hiperatividade e modula o desconforto do bebê, sendo seus efeitos associados a um aumento na oxigenação, melhora na função respiratória e gastrointestinal, diminuição da frequência cardíaca e do gasto energético². Evidências comprovam que a sucção não nutritiva reduz significativamente o choro e a resposta à dor em procedimentos que causam dor leve a moderada, como o teste do pezinho e circuncisão. Embora benéfica, a eficácia termina assim que a o objeto de sucção é retirado do bebê⁵.

Foram observadas, também, reduções máximas nos indicadores fisiológicos e comportamentais da dor quando a sacarose foi administrada dois minutos antes de um estímulo doloroso. Além disso, soluções de glicose reduziram os escores de dor e diminuiu o choro durante o teste do pezinho e punção venosa em comparação com água ou nenhuma intervenção⁴¹. Por fim, o aquecimento do calcanhar também é frequentemente usado durante a fase preparatória antes do teste do pezinho. Ao aquecer o calcanhar do recém-nascido, há um aumento no fluxo sanguíneo da região, o que leva a uma redução da resposta à dor⁵.

5.6 Influência do contexto familiar no quadro de dor do lactente

Quando questionados acerca da influência do contexto familiar no cuidado e no quadro de dor do lactente percebe-se, em uma das respostas, a forte influência que o ambiente familiar possui nesse processo, ao referir que a reação da mãe ascende da conjuntura que ela se encontra, podendo levá-la a superestimar ou subestimar o sintoma da criança.

E desde o ambiente familiar até o envolvimento do casal, tudo isso interfere. A mãe vai reagir com base no contexto em que ela vive e a gente, pediatra, está ali para receber a mãe e procurar o contexto em que ela está, até mesmo para termos condição de julgar aquele sintoma da criança. Porque muitas vezes ela supervaloriza, e muitas vezes subestima. É preciso a gente ter muito cuidado. (E1)

O lactente apresenta uma limitação em expressar-se verbalmente e isso faz com que a avaliação da dor na infância esteja relegada à relatos da experiência subjetiva do bebê. Logo, o cuidador da criança possui a obrigação de interpretar as mudanças fisiológicas e comportamentais não verbais do lactente com o objetivo de avaliar a

intensidade da dor e a necessidade de intervenção. Pesquisas de controles experimentais têm demonstrado que a avaliação da dor no lactente é fortemente influenciada pelo contexto dos cuidadores no momento desse julgamento¹³.

Observa-se em uma das falas a relação entre a cólica do lactente estar relacionada a adaptação da criança ao ambiente onde ela se encontra.

Hoje a minha impressão é que o que a gente chama de cólica é um processo adaptativo da criança ao ambiente e sofre uma série de fatores. Porque as dores apresentam um componente psicogênico que a gente não identifica, em qualquer idade. (E2)

Relata-se ainda que o pediatra, além do papel de cuidar da dor do lactente, também possui a função de conhecer o ambiente e a família ao redor da criança, ao referir que o sintoma da criança também é reflexo do espaço que ela está inserida.

Você não trata só a criança que está com dor, você trata o ambiente em que ela está. Procura ver de onde veio e como aquilo começou. É toda uma anamnese que vem fazer com que você chegue a uma conclusão. E o pediatra precisa estar no contexto da família, porque o sintoma vem, muitas vezes, do emocional, do ambiente em que a criança vive. (E1)

Uma criança que vive em um ambiente familiar tóxico vai expressar, às vezes, sintomas completamente fora do contexto habitual que o sistema se expressa. A criança é um sintoma da família, sempre. E a gente precisa entender isso o tempo inteiro. (E1)

A percepção de haver uma relação entre o processo de dor do lactente e seu contexto familiar é referida na literatura quando Pillai Riddell et al. teoriza que fatores como cultura, comunidade e contextos familiares, bem como as características do lactente e do cuidador, poderiam influenciar os julgamentos de dor⁴².

Em consonância com os relatos transcritos, há estudos que comprovam a relação entre a cólica do lactente e o psiquismo familiar. Foi demonstrado que nas famílias com bebês com cólica há maior tensão no contexto familiar, entretanto, foi sugerido que a tensão observada na família já existia antes do período de cólica do recém-nascido, havendo uma transferência de ansiedade dos pais para os bebês e conseqüentemente uma perpetuação do ciclo do choro e da cólica do lactente⁴³.

Os pediatras entrevistados também possuem a percepção de que sua função não é somente tratar a criança em processo de dor, mas também o ambiente que ela está

inserida, visto que o sintoma é proveniente, muitas vezes, desse âmbito. O processo de catastrofização da dor do recém-nascido pelos cuidadores (processo que aborda ruminação, ampliação e desamparo sobre a dor da criança) tem sido cada vez mais estudado. Pesquisas demonstram que a catastrofização materna está intimamente relacionada à intensidade da dor da criança. Além disso, em uma revisão realizada por Lewandowski et al. evidenciou-se que as famílias que possuem adolescentes com dor crônica apresentam pior funcionamento familiar. Esse dado foi indicado através de menor organização e coesão, além da presença de mais conflitos do que quando comparados à famílias de crianças e adolescentes saudáveis. Existem poucas pesquisas sobre aspectos específicos do funcionamento familiar com influência na dor do lactente e não há consenso sobre quais são mais relevantes para a experiência de dor e incapacidade das crianças⁴⁴.

Aponta-se ainda, em uma das entrevistas, a importância de uma saúde mental materna saudável para a realização de um adequado manejo da dor do lactente.

Muitas vezes atrapalha o cuidar dependendo do psiquismo da mãe, do emocional. A maternidade não é brincadeira. Cada uma expressa a maternidade dentro de seu contexto. (E1)

Analisa-se em uma das falas a importância de uma rede de apoio bem estruturada no processo de identificação e manejo da dor no lactente.

Uma mãe solteira que não tem nenhum esposo, que a rede de apoio dela se encontra longe, ela não vai saber bem o que fazer, principalmente se for de primeira viagem. Se tiver uma rede de apoio boa, com pessoas experientes ao redor, é mais fácil. (E7)

Observa-se na literatura, que mães que cuidam sozinhas de crianças com câncer possuem maiores chances de desenvolver depressão ao longo da vida. É também demonstrado que a ausência do apoio familiar está relacionada à fadiga das mães, visto que a família funciona como uma fonte de apoio no cuidado com a criança com dor⁷. Em um dos relatos, uma pediatra afirma que mães solteiras ou sem rede apoio, durante o quadro de dor do lactente, podem se sentir perdidas e não saber o que fazer durante o processo de dor de seu filho. Em contrapartida, apesar do apoio social (amigos e familiares) ser útil quando disponível, em um estudo realizado por Fakhri B et al., o apoio social aumentou o nível de estresse das mães, visto que o apoio não foi

baseado nas necessidades e expectativas das mães, enquanto o apoio conjugal teria fornecido suporte mais adequado⁴⁵.

5.7 Percepção dos pediatras quanto ao sentimento dos cuidadores em relação a dor do lactente

Quando questionados sobre como os cuidadores relatam se sentir frente a um filho com dor, nota-se, em alguma das falas, a percepção de que os cuidadores se sentem ansiosos, nervosos, aflitos e até mesmo desenvolvem um sentimento de culpa por não saber o que fazer para interromper o sofrimento da criança.

As mães ficam cansadas, nervosas, aflitas. Não sabem o que fazer. Toda dor causa sofrimento na família que tem que viver com isso. (E2)

Geralmente os pais ficam mais ansiosos por conta disso. (E5)

Primeiro, relatam desespero. Segundo a culpa: “não estou sabendo cuidar do meu filho”. Primeiro, eles ficam desesperados e depois cai a ficha “a culpa é minha, eu não estou sabendo cuidar”. (E7)

É sabido haver uma necessidade de maior compreensão acerca das percepções dos cuidadores quanto ao processo de dor do recém-nascido, uma vez que o sofrimento emocional dos cuidadores quanto à dor do bebê pode ter efeitos duradouros na relação os pais e seu filho⁴⁶. Quando analisado os relatos das entrevistadas neste presente estudo, nota-se uma unanimidade quanto a percepção das pediatras de que os cuidadores demonstram um comportamento bastante ansioso durante o quadro de dor de seus filhos o que leva toda a família ao sofrimento. Estudos de abordagem qualitativa analisaram que a dor do lactente é angustiante para os pais pelo fato de: os cuidadores não estão preparados para lidar com o impacto da dor do lactente, apresentam experiências negativas com os profissionais responsáveis pelo manejo da dor de seus filhos, encontram obstáculos quanto ao exercício do seu papel como cuidador e possuem o sentimento de incapacidade quanto ao conforto e proteção de seus filhos. Em contrapartida, foi visto que os pais experimentam um alívio dessa angústia quando recebem informações acerca da dor de seus filhos, participam ativamente no conforto do bebê e recebem incentivo dos médicos e enfermeiros para se envolverem no cuidado da criança⁴⁶.

As médicas entrevistadas também relatam que os pais demonstram sentimento de culpa chegando, até mesmo, a verbalizar que não sabem prover o adequado cuidado

durante o processo de dor dos seus filhos. Essa percepção entra em consonância com os dos descritos na literatura, entre os quais, um estudo realizado por Gay Gale et al., que examinou a opinião dos pais sobre suas experiências ao observar e lidar com a dor de seus filhos em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, demonstrou que a fonte predominante do sofrimento parenteral no quadro de dor do recém-nascido é a incapacidade de desempenhar o papel parenteral no cuidado com seu filho⁴⁷.

Na mesma entrevista, a pediatra ainda relata, que em sua prática diária, não observa os cuidadores tentarem estratégias não medicamentosas para o manejo da dor.

Mas não vejo elas tentarem, outras até tentam, outros tipos de estratégias não medicamentosa. Por exemplo, especialmente na cólica, tentam massagem por exemplo, tentam outras formas para melhorar ali aquele sintoma. (E3)

Quando perguntados se os pais se sentem ansiosos frente a um filho com dor, uma pediatra relata que é um cenário muito comum e possui o hábito de, além de orientar os cuidadores a utilizar de estratégias não medicamentosas para o manejo dessa dor, também orientar manter a calma, referindo que a ansiedade dos pais piora o quadro de sofrimento da criança.

Isso é muito comum, a primeira coisa que eu digo é fique calma porque não é emergência, não é urgência, não é doença. Então vamos acalantar a criança, talvez um banho morno, dar o peito com mais cuidado, paciência, e principalmente manter a calma, porque a ansiedade dos pais só faz piorar aqueles fenômenos de instabilidade nesse período de vida. (E4)

Ao observar os resultados deste presente estudo, nota-se ser comum a percepção das pediatras de que os cuidadores desenvolvem um quadro de ansiedade frente a uma criança com dor e por conseguinte um sofrimento familiar. Nesses casos, portanto, algumas pediatras orientam o uso de estratégias não medicamentosas para manejo da dor, como amamentação e banho morno, uma vez que na maioria dos casos a dor não é proveniente de alguma doença. Em um estudo realizado com o objetivo de descrever como as mães utilizam a oportunidade de participar de maneira ativa no cuidado da dor de seus filhos usando o método de dobradura facilitada demonstrou que a participação ativa através dessa estratégia foi uma experiência positiva para todas as mães, devido a possibilidade de aliviar a dor e o estresse do

bebê, exercendo de forma significativa o papel de cuidador⁴⁸. Entretanto, vê-se através dos relatos das entrevistadas, a percepção de que as mães utilizam, ao mínimo sinal de alteração em seu filho, mais de estratégias medicamentosas do que estratégias não medicamentosas para manejo da dor, sendo os fármacos usados, em alguns casos, mais para controle do estado ansioso da mãe, do que para alívio da dor no recém-nascido.

O estudo realizado apresenta, como limitação, o risco de viés amostral, referente a seleção e amostra dos participantes. A seleção dos participantes aconteceu a partir da técnica *snowball* (bola de neve) uma técnica não probabilística, onde um indivíduo indica o outro para participação. Dessa forma, tratando-se de uma indicação em cadeia, há a possibilidade de termos uma homogeneidade entre os participantes, não garantindo uma representatividade. Ademais, como foi utilizado o critério de saturação dos dados, a amostra foi constituída por um número pequeno de participantes.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo apresenta as percepções dos pediatras acerca da dor em lactentes. Os participantes referem que as principais dores presentes na faixa etária de 0 a 2 anos de idade são a dor abdominal, sendo a cólica do lactente a mais prevalente, e a otalgia. Quanto as manifestações de dor, foi visto que o lactente possui, não somente uma manifestação, mas um conjunto de alterações, como: choro, mudança na expressão facial, aumento da frequência respiratória, contração e rigidez dos membros, recusa alimentar, dor durante a manipulação e até mesmo levar a mão até o local que está sendo a origem da dor, como no caso de uma otalgia.

Os pediatras, compartilham de percepções parecidas quanto a orientação do manejo da dor do lactente pelos cuidadores, mesmo que utilizem para isso de estratégias diferentes. De maneira geral, realizam a orientação de não utilizar fármacos como primeira opção, mas sim estratégias não medicamentosas, como massagem terapêutica, segurar e acalantar a criança e contato pele a pele. Apesar disso, existe a orientação de utilizar fármacos a depender do tipo de dor, sendo os principais citados a simeticona para melhorar a distensão gasosa e analgésicos, como paracetamol. Nota-se que os pediatras sempre advertem a família para o fato de que não se deve medicar a criança em excesso para não mascarar o diagnóstico e procurar assistência médica ao notar aumento da frequência do uso de remédios.

É visto que a maioria dos pediatras orientam os cuidadores para identificar a dor na criança através do ensinamento durante as consultas acerca das possíveis alterações comportamentais e fisiológicas que a criança pode apresentar, além de observar o tipo de dor, intensidade da dor, frequência com que essa dor aparece e outros sintomas associados, como vômito e febre. É visto que o hábito desses ensinamentos aumenta a adesão e confiança dos cuidadores no seu papel no processo de cuidado, e no pediatra.

Há uma percepção unânime da influência do contexto familiar na dor da criança, onde levanta-se a teoria, inclusive, de haver uma relação entre a cólica do lactente com a adaptação ao ambiente em que se encontra. Os pediatras referem dificuldades enfrentadas pelos cuidadores para identificar a dor no lactente, sendo essas por

inexperiência ou mesmo por confundirem as manifestações de dor com manifestações de desconforto ou manha. Outrossim, referem que o processo de identificar e perceber a dor no lactente é um aprendizado que evolui com o tempo e experiência.

Os pediatras demonstram a percepção de que os cuidadores até podem ter ciência em como manejar a dor lactente, seja porque conseguem aderir as orientações passadas pelos profissionais ou por adquirirem a experiência ao longo do tempo, mas a prática de usar estratégias medicamentosas ou não medicamentosas nesse manejo irá depender, especialmente, de fatores intrínsecos ao cuidador e ao ambiente que essa criança se encontra.

REFERÊNCIAS

1. Peng NH, Lao AHC, Chen CH, Lee MC, Chiang LW, Chang YC, et al. Knowledge and attitudes of pediatric clinicians regarding pediatric pain management. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*. 1º de outubro de 2020;25(4).
2. Da Motta G de CP, da Cunha MLC. Prevention and non-pharmacological management of pain in newborns. Vol. 68, *Revista brasileira de enfermagem*. 2015.
3. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Vol. 161, *Pain*. NLM (Medline); 2020. p. 1976–82.
4. Sedrez E da S, Monteiro JK. Pain assessment in pediatrics. *Rev Bras Enferm*. 2020;73 4:e20190109.
5. Perry M, Tan Z, Chen J, Weidig T, Xu W, Cong XS. Neonatal Pain: Perceptions and Current Practice. Vol. 30, *Critical Care Nursing Clinics of North America*. W.B. Saunders; 2018. p. 549–61.
6. Dinakar P, Stillman AM. Pathogenesis of Pain. Vol. 23, *Seminars in Pediatric Neurology*. W.B. Saunders; 2016. p. 201–8.
7. Bagherian B, Mehdipour-Rabori R, Nematollahi M. How Do Mothers Take Care of Their Infants with Colic Pain? A Mixed-Method Study. *Ethiop J Health Sci*. 1º de julho de 2021;31(4):761–70.
8. Franck LS, Oulton K, Bruce E. Parental Involvement in Neonatal Pain Management: An Empirical and Conceptual Update. *Journal of Nursing Scholarship*. 2012;44(1):45–54.
9. Hagan J, Coleman W, Foy J, Goldson E, Howard B, Navarro A, et al. The Assessment and Management of Acute Pain in Infants, Children and Adolescents. *Pediatrics*. (2001). 108(3): 793-7.
10. Mlg P, Zachary dos Santos M, Miyuki Kusahara D, da Luz Gonçalves Pedreira M. The experiences of intensive care nurses in the assessment and intervention of pain relief in children [Internet]. Vol. 46, *Rev Esc Enferm USP*. 2012. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/
11. Campbell-Yeo M, Eriksson M, Benoit B. Assessment and Management of Pain in Preterm Infants: A Practice Update. Vol. 9, *Children*. MDPI; 2022.
12. Caes L, Vervoort T, Eccleston C, Vandenhende M, Goubert L. Parental catastrophizing about child's pain and its relationship with activity restriction: The mediating role of parental distress. *Pain*. janeiro de 2011;152(1):212–22.

13. Pillai R, Cpsych RP, Racine Bsc N, Riddell P. Assessing pain in infancy: The caregiver context. Vol. 14, Pain Res Manage.
14. Alotaibi K, Higgins I, Chan S. Nurses' Knowledge and Attitude toward Pediatric Pain Management: A Cross-Sectional Study. Pain Management Nursing. 1º de abril de 2019;20(2):118–25.
15. Beltramini A, Milojevic K, Pateron D. Pain assessment in newborns, infants, and children. *Pediatr Ann.* 1º de outubro de 2017;46(10):e387–95.
16. Beatriz M, Linhares M, Nascimento F, Doca P. Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. Vol. 18.
17. Bockorni BRS, Gomes AF. A amostragem em snowball (bola de neve) em uma pesquisa qualitativa no campo da administração. *Revista de Ciências Empresariais da UNIPAR.* 22 de junho de 2021;22(1).
18. Manzini, E. J. Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. In: Seminário Internacional sobre pesquisa e estudos qualitativos, 2, 2004, Bauru. A pesquisa qualitativa em debate. Anais... Bauru: USC, 2004. CD-ROOM. ISBN: 85-98623-01-6. 10 p.
19. Sarasu JM, Narang M, Shah D. Infantile Colic: An Update. Vol. 979, *Indian pediatrics.* 2018.
20. Hestbaek L, Sannes MM, Lous J. Large cohort study finds a statistically significant association between excessive crying in early infancy and subsequent ear symptoms. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics.* 2014;103(5).
21. Jamal A, Alsabea A, Tarakmeh M, Safar A. Etiology, Diagnosis, Complications, and Management of Acute Otitis Media in Children. *Cureus.* 15 de agosto de 2022;
22. Linhares MBM, Doca FNP, Martinez FE, Carlotti APP, Cassiano RGM, Pfeifer LI, et al. Pediatric pain: Prevalence, assessment, and management in a teaching hospital. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research.* 2012;45(12):1287–94.
23. Araujo GC, Miranda JDOF, Santos DV dos, Camargo CL de, Sobrinho CLN, Santa Rosa DDO. Dor em recém-nascidos: identificação, avaliação e intervenções. *Revista Baiana de Enfermagem* 28. de setembro de 2015;29(3):261.
24. Sedrez E da S, Monteiro JK. Pain assessment in pediatrics. *Rev Bras Enferm.* 2020;73.
25. De Cá R, Balda X, Guinsburg R, Branco De Almeida MF, Clóvis De Araújo ;, Peres J, et al. The Recognition of Facial Expression of Pain in Full-Term Newborns by Parents and Health Professionals [Internet]. Vol. 154, *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2000. Disponível em: <http://archpedi.jamanetwork.com/>

26. Corvin S, Fauchon C, Peyron R, Reby D, Mathevon N. Adults learn to identify pain in babies' cries. *Current Biology-CB* [Internet]. 2022(15). Disponível em: <https://hal.science/hal-03814821>
27. De Cássia R, Balda X, Fernanda M, Almeida B, De C, Peres A, et al. Fatores que interferem no reconhecimento por adultos da expressão facial de dor no recém-nascido.
28. Soares MFE, Chaves AVG, Morais AP da S, Rabelo MZ da S, Rodrigues L do N, Chaves EMC. Newborn's pain under the mother's perception. *Revista Dor*. 2017;18(4).
29. De Carvalho S, Martins Filho J. Family relationships with pediatricians: the maternal views. *Revista Paulista de Pediatria (English Edition)*. setembro de 2016;34(3):330–5.
30. Martins De Melo G, Luíza A, De Aguiar Lélis P, Vera M, Moreira L, Cardoso L, et al. Mother's look about the newborn child's pain. *Rev enferm UFPE online*. 2014;8(1):8–15.
31. Sousa BBB, Santos MH, Sousa FGM de, Gonçalves APF, Paiva S de S. Avaliação da dor como instrumento para o cuidar de recém-nascidos pré-termo. *Texto contexto – enferm* [Internet]. (2006; 15(spe): 88-96.
32. Martins De Melo G, Luíza A, De Aguiar Lélis P, Falconieri De Moura A, Vera M, Moreira L, et al. Pain assessment scales in newborns: integrative review [Internet]. Vol. 32, *Rev Paul Pediatr*. 2014. Disponível em: www.spsp.org.br
33. Pancekauskaitė G, Jankauskaitė L. Paediatric pain medicine: Pain differences, recognition and coping acute procedural pain in paediatric emergency room. Vol. 54, *Medicina (Lithuania)*. MDPI AG; 2018.
34. Hall RW, Anand KJS. Pain management in newborns. Vol. 41, *Clinics in Perinatology*. W.B. Saunders; 2014. p. 895–924.
35. Castral TC, Warnock F, Leite AM, Haas VJ, Scochi CGS. The effects of skin-to-skin contact during acute pain in preterm newborns. *European Journal of Pain*. maio de 2008;12(4):464–71.
36. Lundeberg S, Lundeberg T. Pain in infants and children—Physiological background and clinical aspects. *Acupuncture and Related Therapies*. outubro de 2013;1(4):46–9.
37. Sarasu JM, Narang M, Shah D. Infantile Colic: An Update. Vol. 979, *Indian pediatrics*. 2018.
38. Carrasco-González MI, Zurita-Cruz J, Guerrero-Díaz AC. Evaluation and management of pain in hospitalized children. Vol. 89, *Revista Mexicana de Pediatría*. Sociedad Mexicana de Pediatría; 2022. p. 177–9.

39. Huang CM, Tung WS, Li -, Kuo -Lin, Chang YJ. Comparison of Pain Responses of Premature Infants to the Heelstick Between Containment and Swaddling. *J Nurs Res*. 2004 Mar;12(1):31-40.
40. Leite AM, Beatriz M, Linhares M, Lander J, Corre[^]a Castral T, Benedita C, et al. Effects of Breastfeeding on Pain Relief in Full-term Newborns [Internet]. 2009. Disponível em: www.clinicalpain.com
41. Prevention and Management of Procedural Pain in the Neonate: An Update. *Pediatrics*. 1^o de fevereiro de 2016;137(2):e20154271.
42. Pillai Riddell RR, Craig KD. Judgments of infant pain: The impact of caregiver identity and infant age. *J Pediatr Psychol*. junho de 2007;32(5):501–11.
43. Raiha H, Lehtonen L, Korvenranta H. Family Context of Infantile Colic. Vol. 16, *Infant Mental Health Journal*. 1995.
44. Palermo TM, Valrie CR, Karlson CW. Family and parent influences on pediatric chronic pain. *American Psychologist*. 2014;69(2):142–52.
45. Fakhri B, Hasanpoor-azghady SB, Farahani LA, Haghani H. The relationship between social support and perceived stress in the mothers of infants with colic. *Iran J Pediatr*. 1^o de fevereiro de 2019;29(1).
46. Franck LS, Oulton K, Bruce E. Parental Involvement in Neonatal Pain Management: An Empirical and Conceptual Update. *Journal of Nursing Scholarship*. 2012;44(1):45–54.
47. Gale G, Franck LS, Kools S, Lynch M. Parents' perceptions of their infant's pain experience in the NICU. *Int J Nurs Stud*. 2004;41(1):51–8.
48. Axelin A, Lehtonen L, Pelander T, Salanterä S. Mothers' Different Styles of Involvement in Preterm Infant Pain Care. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 2010;39(4):415–24.

APÊNDICE A – Roteiro da entrevista

- Código da entrevista.
- Idade.
- Sexo.
- Tempo de formado (a).
- Titulação máxima.
- Filhos (sim/não).
- Local de atuação.

QUESTÕES DISPARADORAS DAS NARRATIVAS:

1. Quais dores você considera mais frequentes em crianças até 2 anos?
2. Você orienta os pais como eles podem identificar a dor em crianças tão pequenas?
3. Você considera que os pais têm dificuldades em perceber que a criança está com dor?
4. Você orienta os pais em como tratar a dor das crianças em domicílio?
5. As famílias costumam relatar sobre como se sentem quando percebem que o lactente está com dor?

ANEXO A - Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research

Critérios consolidados para relatar pesquisa qualitativa		
Nº do Item	Tópico	Perguntas/Descrição do Guia
Domínio 1: Equipe de pesquisa e reflexividade		
Características pessoais		
1	Entrevistador/facilitador	Qual autor (autores) conduziu a entrevista ou o grupo focal?
2	Credenciais	Quais eram as credenciais do pesquisador? Exemplo: PhD, médico.
3	Ocupação	Qual a ocupação desses autores na época do estudo?
4	Gênero	O pesquisador era do sexo masculino ou feminino?
5	Experiência e treinamento	Qual a experiência ou treinamento do pesquisador?
Relacionamento com os participantes		
6	Relacionamento estabelecido	Foi estabelecido um relacionamento antes do início do estudo?
7	Conhecimento do participante sobre o entrevistador	O que os participantes sabiam sobre o pesquisador? Por exemplo: objetivos pessoais, razões para desenvolver a pesquisa.
8	Características do entrevistador	Quais características foram relatadas sobre o entrevistador/facilitador? Por exemplo, preconceitos, suposições, razões e interesses no tópico da pesquisa.
Domínio 2: Conceito do estudo		
Estrutura teórica		
9	Orientação metodológica e teoria	Qual orientação metodológica foi declarada para sustentar o estudo? Por exemplo: teoria fundamentada, análise de discurso, etnografia, fenomenologia e análise de conteúdo.
Seleção de participantes		
10	Amostragem	Como os participantes foram selecionados? Por exemplo: conveniência, consecutiva, amostragem, bola de neve.
11	Método de abordagem	Como os participantes foram abordados? Por exemplo: pessoalmente, por telefone, carta ou e-mail.
12	Tamanho da amostra	Quantos participantes foram incluídos no estudo?
13	Não participação	Quantas pessoas se recusaram a participar ou desistiram? Por quais motivos?
Cenário		
14	Cenário da coleta de dados	Onde os dados foram coletados? Por exemplo: na casa, na clínica, no local de trabalho.
15	Presença de não participantes	Havia mais alguém presente além dos participantes e pesquisadores?
16	Descrição da amostra	Quais são as características importantes da amostra? Por exemplo: dados demográficos, data da coleta.
Coleta de dados		
17	Guia da entrevista	Os autores forneceram perguntas, instruções, guias? Elas foram testadas por teste-piloto?
18	Repetição de entrevistas	Foram realizadas entrevistas repetidas? Se sim, quantas?
19	Gravação audiovisual	A pesquisa usou gravação de áudio ou visual para coletar os dados?
20	Notas de campo	As notas de campo foram feitas durante e/ou após a entrevista ou o grupo focal?
21	Duração	Qual a duração das entrevistas ou do grupo focal?
22	Saturação de dados	A saturação de dados foi discutida?
23	Devolução de transcrições	As transcrições foram devolvidas aos participantes para comentários e/ou correção?
Domínio 3: Análise e resultados		
Análise de dados		
24	Número de codificadores de dados	Quantos foram os codificadores de dados?
25	Descrição da árvore de codificação	Os autores forneceram uma descrição da árvore de codificação?
26	Derivação de temas	Os temas foram identificados antecipadamente ou derivados dos dados?
27	Software	Qual software, se aplicável, foi usado para gerenciar os dados?
28	Verificação do participante	Os participantes forneceram feedback sobre os resultados?
Relatório		
29	Citações apresentadas	As citações dos participantes foram apresentadas para ilustrar os temas/achados? Cada citação foi identificada? Por exemplo, pelo número do participante.
30	Dados e resultados consistentes	Houve consistência entre os dados apresentados e os resultados?
31	Clareza dos principais temas	Os principais temas foram claramente apresentados nos resultados?
32	Clareza de temas secundários	Há descrição dos diversos casos ou discussão dos temas secundários?

ANEXO B – Parecer de aprovação do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DOR DO LACTENTE: PERCEPÇÕES DA FAMÍLIA E DOS PEDIATRAS

Pesquisador: Maria Thais de Andrade Calasans

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 68961923.6.0000.5544

Instituição Proponente: Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.128.648

Apresentação do Projeto:

A dor, segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor, é definida como uma experiência sensorial associada a uma experiência que é desagradável, e que vem acompanhada de um dano tissular real ou potencial. Ela é descrita com termos que referem danos ou cuja sua presença é notada visualmente por meio de manifestações comportamentais ou audíveis.

Quando a dor é em lactentes na fase pré-verbal, sua avaliação e, conseqüentemente, seu tratamento, torna-se mais difícil. Dessa forma, é importante que os cuidadores dessas crianças estejam preparados para identificar os sinais de que a dor está presente.

Objetivo da Pesquisa:**Objetivo Primário:**

- Analisar a percepção da família e dos pediatras acerca da dor do lactente.

Objetivo Secundário:

- Compreender como os pais/mães e principais cuidadores percebem a dor do lactente;
- Compreender como os pais/mães e principais cuidadores manejam a dor do lactente;
- Descrever como os pediatras realizam a orientação do manejo da dor em lactentes durante as consultas médicas;

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274	CEP: 40.285-001
Bairro: BROTAS	
UF: BA	Município: SALVADOR
Telefone: (71)2101-1921	E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 6.120.648

- Descrever a percepção dos pediatras quanto a adesão das orientações do manejo da dor pelos cuidadores.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto aos RISCOS:

As pesquisadoras referem que o estudo tem riscos mínimos. Os entrevistados serão identificados com códigos alfanuméricos, para que não corra risco de identificação. As gravações das entrevistas serão armazenadas em computador próprio, protegido por senha e de acesso restrito às pesquisadoras. Tanto a Plataforma Zoom quanto o Whatsapp são plataformas seguras, com políticas próprias de segurança virtual, garantindo a confidencialidade e privacidade das informações compartilhadas. Nada será armazenado em ambiente virtual (nuvem).

Caso ocorra mobilização emocional por conta da entrevista, a mesma será interrompida ou encerrada, o participante será acolhido pela pesquisadora principal (experiente na área da saúde da criança e no acolhimento de família), podendo ainda ser encaminhado para a psicoterapeuta que faz parte da equipe da pesquisa.

Quanto aos BENEFÍCIOS:

As pesquisadoras relatam como benefício a compreensão da percepção da dor em crianças na fase pré-verbal, por parte da família, colaborando para que pediatras estejam mais atentos quanto a orientação dos sinais de dor e desconforto nessa faixa etária tão específica. Após a realização das entrevistas, as pesquisadoras irão orientar os familiares que desejarem, quanto aos sinais mais frequentes de dor nos lactentes.

Obs.: No item "Aspectos éticos", do projeto detalhado, as pesquisadoras relatam seguirem as recomendações dispostas no Ofício Circular 2/2021 do CONEP.

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274

Bairro: BROTAS

CEP: 40.285-001

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)2101-1921

E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 6.126.648

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

DESENHO DO ESTUDO: Estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa. O estudo será realizado de junho de 2023 à dezembro 2024, com período de coleta de dados prevista entre junho e dezembro de 2023.

- **POPULAÇÃO ALVO:** Serão mães, pais e cuidadores de lactentes (0 a 2 anos), além de pediatras.

A amostra será de conveniência e será utilizada a técnica de snowball (bola de neve), que consiste em um método de amostra não probabilística, onde se utiliza uma cadeia de referência: um participante ou mais, indicam outros participantes da sua rede, que indicarão outros e assim sucessivamente, até que o objetivo proposto seja alcançado, a partir da saturação de dados. Os participantes "semente" (uma mãe e um pediatra) são da rede de conhecimento das pesquisadoras.

RECRUTAMENTO E SELEÇÃO: Contatos das pesquisadoras

- **CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:** Mães, pais e cuidadores de lactentes (0 a 2 anos)- Pediatras que atendam crianças de (0 a 2 anos) E **DE EXCLUSÃO:** menores de 18 anos

- **MÉTODO:** Os participantes selecionados serão convidados para participar na pesquisa e, a partir daí, será agendado dia, horário para a realização da entrevista. As entrevistas poderão ser por meio de aplicativos Zoom Cloud Meetings ou WhatsApp (modo chamada de vídeo) ou em formato presencial em local escolhido por ele, mantendo a privacidade e o conforto.

Ao iniciar a entrevista, será questionado se há dúvidas sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, caso necessário, serão feitos os devidos esclarecimentos.

No formato virtual, será questionado ao entrevistado ou entrevistada se concorda em participar da pesquisa e sua resposta gravada será a assinatura de concordância (Apêndices A e B). No formato presencial, será coletada a assinatura física do TCLE (Apêndices C e D).

A entrevista será feita com base em um roteiro semiestruturado (apêndice E) contendo questões sociodemográficas (idade do participantes, gênero, escolaridade, raça/cor, profissão/ocupação) e

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274
 Bairro: BROTAS CEP: 40.285-001
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)2101-1921 E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 6.126.648

questões abertas disparadoras sobre a temática. Será feita a gravação de voz permitindo registros das informações obtidas nas entrevistas. Pretende-se que a coleta ocorra em um encontro. Caso seja necessário, poderemos reagendar com os participantes para dar continuidade posteriormente.

- **ANÁLISE DOS DADOS:** As entrevistas serão transcritas na íntegra e serão utilizados os pressupostos teóricos metodológicos da análise de conteúdo de Laurence Bardin.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Cronograma: Discrimina as fases da pesquisa; com período da coleta de dados de junho à dezembro de 2023; descreve envio de relatório parcial e final ao CEP- Bahiana; informações compatíveis entre o formulário básico de informações e projeto detalhado;

Orçamento: apresentado no valor de R\$380,00, Informando a fonte financiadora e descrição das rubricas orçamentárias necessárias; informações compatíveis entre o formulário básico de informações e projeto detalhado;

- TCLE: apresentados nos modelos virtual e físico (pediatra/ familiares e cuidadores), porém necessita adequações

- Projeto Detalhado: em conformidade com o formulário básico; instrumento de coleta (roteiro semiestruturado) não anexado.

- Carta de anuência: não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a reanálise bioética desse Protocolo de Pesquisa (versão 2), baseada na resolução 466/12 do CNS e documentos afins, observou-se que as pendências identificadas no Parecer Consubstanciado nº 6.093.210 foram sanadas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o CEP-Bahiana, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação deste protocolo de pesquisa dentro dos objetivos e metodologia proposta.

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274
 Bairro: BROTAS CEP: 40.285-001
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)2101-1921 E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 6.126.648

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_2125045.pdf	12/06/2023 18:22:11		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP_NOVO.pdf	12/06/2023 18:21:50	Maria Thais de Andrade Calasans	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_COLETA_PEDIATRA.pdf	12/06/2023 18:10:22	Maria Thais de Andrade Calasans	Aceito
Outros	resposta_de_pendencia.docx	12/06/2023 18:00:33	Maria Thais de Andrade Calasans	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_VIRTUAL_PEDIATRA_NOVO.pdf	12/06/2023 17:31:18	Maria Thais de Andrade Calasans	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PEDIATRA_NOVO.pdf	12/06/2023 17:13:50	Maria Thais de Andrade Calasans	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_VIRTUAL_FAMILIA_NOVO.pdf	12/06/2023 17:04:01	Maria Thais de Andrade Calasans	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_FAMILIA_NOVO.pdf	12/06/2023 17:03:42	Maria Thais de Andrade Calasans	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_COLETA_FAMILIA.pdf	12/06/2023 16:30:42	Maria Thais de Andrade Calasans	Aceito
Cronograma	crono.pdf	12/06/2023 16:21:12	Maria Thais de Andrade Calasans	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	21/04/2023 17:51:42	Maria Thais de Andrade Calasans	Aceito
Folha de Rosto	FolhaderostoCEP.pdf	21/04/2023 17:39:06	Maria Thais de Andrade Calasans	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274
 Bairro: BROTAS CEP: 40.285-001
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)2101-1921 E-mail: cep@bahiana.edu.br